

QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE: EVIDÊNCIA PARA
PORTUGAL

Paula Cristina Loureiro Lopes

Projeto de Mestrado
em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Nuno Crespo, Departamento de Economia do ISCTE – IUL, ISCTE
Business School

Outubro 2013

RESUMO

O conceito de qualidade de vida é amplo e complexo. A qualidade de vida em saúde corresponde a uma área específica da qualidade de vida e encontra-se ligada às perceções dos indivíduos face a alterações provocadas pela doença. Torna-se assim cada vez mais importante a avaliação da qualidade de vida para a determinação das necessidades em saúde.

Os instrumentos de medida são desenvolvidos para as mais variadas finalidades permitindo obter indicadores que possibilitam a avaliação das intervenções realizadas e o planeamento de futuras intervenções a nível da saúde. O Inquérito Nacional de Saúde é o instrumento usado para obter informação sobre o estado de saúde da população portuguesa.

Com este estudo pretende-se definir e analisar os fatores que determinam e condicionam a qualidade de vida relacionada com a saúde. Para tal recorreu-se à informação obtida pelo 4º Inquérito Nacional de Saúde. Após uma análise e seleção das questões contidas no inquérito, foram definidos indicadores e foi desenvolvido e estruturado um Índice de Qualidade de Vida em Saúde, numa escala de 0 a 100, o qual foi aplicado a uma determinada amostra previamente estabelecida.

A análise dos resultados evidencia a influência de indicadores sócio económicos e sócio demográficos na qualidade de vida em saúde das populações. Deste modo verifica-se que a localização geográfica, o género, a idade, os anos de escolaridade, a situação civil e conjugal, a ocupação e as horas de trabalho semanal, são variáveis diferenciadoras e que influenciam a avaliação da qualidade de vida em saúde de cada indivíduo.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Qualidade de vida em saúde, Indicadores de qualidade de vida em saúde, Índice de Qualidade de Vida em Saúde

Classificação JEL: I10; I31

ABSTRACT

Quality of life is a broad and complex concept. The quality of life in health corresponds to a specific area of quality of life and is connected to the perceptions of individuals to changes caused by the disease. Thus becomes increasingly important to evaluate the quality of life for the determination of health needs.

The measurement instruments are developed for varied purposes allowing us to obtain indicators that enable the evaluation of interventions and the planning of future interventions at a health level. The National Health Survey is the instrument used to obtain information on the health status of its population.

This study aims to define and analyze the factors that determine and affect the quality of life related to health. For this we used the information obtained by the 4th National Health Survey. After an analysis and selection of the questions contained in the survey, indicators were defined and it was structured and developed an Index of Quality in Health, on a scale of 0 to 100, which was applied to a given sample previously determined.

The analysis shows the influence of socio demographic and socio economic quality of life on health populations. Thus it appears that the geographical location, gender, age, years of schooling, marital status and marital occupation and hours worked per week, are differentiating variables that have influence on the assessment of quality of life in health of each individual.

Keywords: Quality of life, Quality of life in health, Quality of life indicators in health, Index of Quality of Life in Health

JEL Classification: I10; I31

AGRADECIMENTO

Quero deixar expresso o meu reconhecimento a todos quantos de forma direta ou indireta me apoiaram e contribuíram para a concretização deste meu objetivo.

Aos professores do mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde o meu agradecimento pela forma com transmitiram os seus saberes e pelo incentivo.

Ao Professor Doutor Nuno Crespo pela orientação desta dissertação e disponibilidade demonstrada.

Aos meus pais e ao meu filho pela compreensão, apoio e incentivo para ir até ao fim.

Ao meu marido em especial pela paciência, carinho, apoio, calma, sugestões, e por ter sempre acreditado em mim.

Obrigado a todos.

ÍNDICE GERAL	Pág.
LISTA DE ABREVIATURAS -----	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS -----	xv
ÍNDICE DE GRÁFICOS -----	xvii
ÍNDICE DE TABELAS -----	xix
SUMÁRIO EXECUTIVO -----	xxi
1. INTRODUÇÃO -----	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----	5
2.1. Conceção de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde -----	5
2.1.1. O conceito de saúde -----	5
2.1.2. Fundamentos sobre qualidade de vida -----	7
2.1.3. Noção de qualidade de vida relacionada com a saúde -----	14
2.2. Valorização dos estados de saúde -----	17
2.2.1. Escala Visual Analógica -----	18
2.2.2. Standard Gamble -----	19
2.2.3. Time Trade-Off -----	20
2.2.4. Quality Adjusted Life Years -----	21
2.3 Instrumentos de medida -----	24
2.3.1. Propriedades psicométricas - Validade e confiabilidade dos instrumentos -----	25
2.3.1.1 A confiabilidade e o Alpha de Cronbach -----	26
2.3.1.2. A validade -----	28

2.3.2. Classificação dos instrumentos	29
2.3.2.1. Instrumentos gerais	32
2.3.2.1.1. Quality of Well-Being Scale	32
2.3.2.1.2. O EuroQol	34
2.3.2.1.3. O Health Utility Index	41
2.3.2.1.4. O World Health Organization Quality of Life instrument	42
2.3.2.1.5. O Nottingham Health Profile	45
2.3.2.1.6. O 36-Item Short-Form Health Survey	46
2.3.2.2. Instrumentos específicos	49
2.3.2.2.1. O Sickness Impact Profile	49
2.3.2.2.2. O Arthritis Impact Measurement Scale	51
2.3.2.2.3. O General Health Questionnaire	51
2.3.2.2.4. O Kidney Disease Questionnaire	52
2.4. O Inquérito Nacional de Saúde	53
2.4.1. Edições do Inquérito Nacional de Saúde	54
2.4.2. Características gerais do 4º Inquérito Nacional de Saúde	55
3. METODOLOGIA	57
3.1 Origem dos dados	57
3.1.1 Distribuição da amostra do 4º INS	57
3.1.2 Conteúdo do questionário	59
3.2 Objetivos do estudo	59
3.3 Etapas de desenvolvimento do estudo	60
3.3.1 Seleção das questões e dos indicadores	60
3.3.2 Construção do Índice e atribuição das ponderações	62
3.3.3 Seleção da amostra	66
3.3.4 Versões do Índice de Qualidade de Vida em Saúde e amostras correspondentes	67
3.4 Variáveis do estudo e desenvolvimento estatístico da pesquisa	69

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	71
4.1 Caracterização sociodemográfica das amostras -----	71
4.1.1 Amostra A -----	71
4.1.2 Amostra B -----	72
4.1.3 Amostra C -----	73
4.1.4 Amostra D -----	73
4.2 Análise descritiva das variáveis independentes -----	74
4.3 Análise descritiva da variável dependente -----	78
4.4. Fatores determinantes do índice de qualidade de vida em saúde - Análise inferencial -----	81
4.4.1 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a localização geográfica -----	82
4.4.2 Índice de qualidade de vida em saúde segundo o género -----	93
4.4.3 Índice de qualidade de vida em saúde segundo o grupo etário -----	99
4.4.4 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a situação civil e conjugal -----	104
4.4.5 Índice de qualidade de vida em saúde segundo os anos de escolaridade com aproveitamento -----	110
4.4.6 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal -----	115
4.4.7 Índice de qualidade de vida em saúde segundo as horas de trabalho semanal -----	122
5. CONCLUSÕES -----	129
BIBLIOGRAFIA -----	137
ANEXOS -----	149
ANEXO 1 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (VERSÃO B) -----	151
ANEXO 2 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (VERSÃO C) -----	155
ANEXO 3 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (VERSÃO D) -----	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIMS - Arthritis Impact Measurement Scale
- Censos 2001 - Recenseamento da População e Habitação de 2001
- CBA - Análise custo-benefício
- CEA - Análise custo-efetividade
- Cont. - Continuação
- CUA - Análise custo-utilidade
- DEPS – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
- DGS - Direção Geral de Saúde
- EHES - European Health Examination Survey
- EHIS - European Health Interview Survey
- EUROSTAT - Gabinete de Estatísticas da União Europeia Comunidade
- GHQ - General Health Questionnaire
- HUI - Health Utility Index
- IMC - Índice de Massa Corporal
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- INS - Inquérito Nacional de Saúde
- INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor. Ricardo Jorge
- KDQ - Kidney Disease Questionnaire
- NHP - Nottingham Health Profile
- NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
- OCDE - Organização para o Desenvolvimento e Cooperação na Europa
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONSA - Observatório Nacional de Saúde
- PNS - Plano Nacional de Saúde
- QALYs - Quality Adjusted Life Years (Anos de vida ajustados à qualidade)
- QWB - Quality of Well-Being Scale

- QWB-SA - Quality of Well-Being Scale Self-Administered
- SF-36- Short-Form 36-Item Health Survey
- SG - Standard Gamble
- SIP - Sickness Impact Profile
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- TTO - Time Trade-Off
- VAS – Visual Analogue Scale (Escala Visual Analógica)
- WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life group
- WHOQOL -100 - World Health Organization Quality of Life instrument

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Visual Analogue Scale (VAS, Escala Visual Analógica) -----	18
Figura 2 - Standard Gamble para um estado de saúde crónico preferível à morte -----	19
Figura 3 – Time Trade-Off para estados de saúde crónicos melhores que a morte -----	21
Figura 4 – Quality Adjusted Life Years -----	23
Figura 5 - Mapa de Portugal das regiões NUTS II -----	82
Figura 6 – Mapa Região Norte -----	89
Figura 7 - Mapa Região Centro -----	90
Figura 8 - Mapa Região de Lisboa e Vale do Tejo -----	90
Figura 9 - Mapa Região do Alentejo -----	91
Figura 10 - Mapa Região do Algarve -----	91
Figura 11 - Mapa Região Autónoma dos Açores -----	92
Figura 12 - Mapa Região Autónoma da Madeira -----	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra A -----	79
Gráfico 2 - Caixa de bigodes - Amostra A -----	79
Gráfico 3 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra B -----	79
Gráfico 4 - Caixa de bigodes - Amostra B -----	79
Gráfico 5 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra C -----	80
Gráfico 6 - Caixa de bigodes - Amostra C -----	80
Gráfico 7 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra D -----	81
Gráfico 8 - Caixa de bigodes - Amostra D -----	81
Gráfico 9 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra A -----	83
Gráfico 10 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra B -----	83
Gráfico 11 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra C -----	84
Gráfico 12 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra D -----	85
Gráfico13 - Distribuição de inquiridos por género – Amostra A -----	95
Gráfico14 - Distribuição de inquiridos por género - Amostra B -----	96
Gráfico15 – Distribuição de inquiridos por género – Amostra C -----	97
Gráfico16 – Distribuição de inquiridos por género – Amostra D -----	97
Gráfico17 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra A -----	100
Gráfico18 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra B -----	101

Gráfico19 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra C -----	102
Gráfico 20 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra D -----	102
Gráfico 21 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra A -----	105
Gráfico 22 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra B -----	106
Gráfico 23 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra C -----	107
Gráfico 24 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra D -----	107
Gráfico 25 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra A -----	111
Gráfico 26 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra B -----	112
Gráfico 27 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra C -----	113
Gráfico 28 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra D -----	114
Gráfico 29 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra A -----	117
Gráfico 30 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra B -----	117
Gráfico 31 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra C -----	118
Gráfico 32 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra D -----	119
Gráfico 33 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra A -----	125
Gráfico 34 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra B -----	125
Gráfico 35 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra C -----	126
Gráfico 36 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra D -----	126

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Taxonomia das definições de qualidade de vida -----	12
Tabela 2 – Classificação e características dos instrumentos de avaliação de estados de saúde -----	31
Tabela 3 – Dimensões, níveis de gravidade e pontuações do questionário EuroQol – versão EQ-5D-3L e EQ-5D-5L -----	37
Tabela 4 – Coeficientes de Time Trade-Off do EuroQol (EQ-5D-3L) ---	40
Tabela 5 – Etapas de desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) -----	43
Tabela 6 – Domínios e respetivos itens dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) -----	44
Tabela 7 – Valores de correlação entre as dimensões do SF-36 e as componentes, física e mental -----	48
Tabela 8 – Descrição do instrumento Kidney Disease Questionnaire ----	52
Tabela 9 – Dimensão da amostra e sua distribuição por NUTS II -----	58
Tabela 10 – Perguntas do 4º INS selecionadas e respetivos indicadores -	61
Tabela 11 – Indicador de qualidade de vida em saúde -----	63
Tabela 12 - Amostras afetas aos Índices de Qualidade de Vida em Saúde -----	68
Tabela 13 - Distribuição de frequências das variáveis independentes por amostra -----	75
Tabela14 – Moda e Mediana dos grupos etários por amostra -----	77
Tabela 15 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II -----	82
Tabela 16 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo o género ----	93
Tabela 17 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo o grupo etário -----	99
Tabela 18 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a situação civil e conjugal -----	104

Tabela 19 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo os anos de escolaridade com aproveitamento -----	110
Tabela 20 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal -----	116
Tabela 21 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as horas de trabalho semanal -----	122

SUMÁRIO EXECUTIVO

A qualidade de vida em saúde é definida por um conjunto de fatores que se interrelacionam, sendo percebida de forma individual e subjetiva. Individual porque cada pessoa só pode responder por si próprio, e subjetiva porque cada indivíduo a percebe de forma diferente ao longo da vida.

Esta dissertação tem como finalidade o estudo da problemática da qualidade de vida em saúde e de que modo os fatores que a condicionam se assumem como diferenciadores e identificadores das condições sociais, económicas, demográficas e de saúde dos indivíduos.

Numa primeira etapa, procedeu-se à pesquisa de bibliografia relacionada com o tema e elaborou-se a fundamentação teórica. Com base na literatura, definiram-se os conceitos de saúde, de qualidade de vida e de qualidade de vida relacionada com a saúde; fez-se uma breve referência aos métodos de valorização dos estados de saúde e aos valores das utilidades resultantes das preferências dos indivíduos; referiram-se alguns dos principais instrumentos de avaliação de qualidade de vida em saúde; por último, abordou-se o instrumento de avaliação da saúde e de recolha de informação relativa aos dados da população portuguesa, o Inquérito Nacional de Saúde.

Com base neste instrumento de avaliação, definiu-se a metodologia a seguir. Numa primeira fase estabeleceram-se os objetivos do estudo; de seguida procedeu-se à análise do questionário e dos dados recolhidos; fez-se a seleção das questões e estabeleceram-se os indicadores e, com estes, construiu-se o Índice de Qualidade de Vida em Saúde. Considerando a importância de poder contar com o maior número de observações e obter o máximo de informação, reformulou-se o índice inicial, resultando destas alterações quatro versões do Índice de Qualidade de Vida em Saúde e 4 amostras, sobre as quais foi desenvolvido o estudo.

O tratamento estatístico efetuado teve por base a análise descritiva e a análise inferencial, com utilização de testes estatísticos apropriados. Foi efetuado o estudo do índice de qualidade de vida em saúde segundo as variáveis explicativas e a análise da relação de dependência/independência existente entre variáveis. Mediante os resultados da análise foram elaborados gráficos e tabelas, de modo a facilitar uma melhor compreensão dos dados obtidos.

A análise efetuada permite-nos concluir que a qualidade de vida em saúde é influenciada pela localização geográfica, pelo género, pela idade, pela situação civil e conjugal, pelos anos de escolaridade com aproveitamento, pela ocupação principal e pelo número de horas de trabalho. Estas variáveis por sua vez encontram-se relacionadas com outras que as condicionam e que ajudaram a explicar as variações dos índices de qualidade de vida em saúde.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida é complexo e tem sofrido alterações inerentes à percepção que cada ser humano faz acerca do que é qualidade de vida. O conceito é entendido de modo diferente em culturas diferentes, de indivíduo para indivíduo e até mesmo num mesmo indivíduo se vai alterando ao longo da vida. A avaliação de cada indivíduo relativamente à sua qualidade de vida depende assim de múltiplos fatores condicionados pela evolução tecnológica, aquisição de novos hábitos de vida, melhores condições de vida, valorização da saúde, entre outros. Face aos vários contextos de vida é de esperar pois, diferentes definições de qualidade de vida.

A noção de qualidade de vida relacionada com a saúde encontra-se mais ligado à percepção do indivíduo face às alterações físicas, psicológicas e sociais provocadas pela doença. A qualidade de vida relacionada com a saúde constitui-se como uma área específica da qualidade de vida, mas relacionada com os aspetos próprios da saúde de cada indivíduo.

A utilização de instrumentos de medição de qualidade de vida em saúde revela-se útil para obter informação sobre o estado de saúde da população, e para dar a conhecer e compreender as razões das assimetrias em saúde. Observa-se nos últimos anos um acréscimo do interesse em avaliar as consequências das intervenções na saúde, em termos do impacto na qualidade de vida. A importância de medir a qualidade de vida relacionada com a saúde é reconhecida, razão pela qual têm sido desenvolvidos vários instrumentos de avaliação. São reconhecidas duas abordagens para avaliação da qualidade de vida em saúde: os instrumentos genéricos que providenciam uma síntese da qualidade de vida relacionada com a saúde e os instrumentos específicos que se focam em problemas ou sintomas específicos de uma determinada doença.

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um instrumento de medida que contribui para uma avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) e dos programas de saúde em Portugal. O INS recolhe dados da população portuguesa, e é uma fonte importante de dados possibilitando a obtenção de indicadores do estado de saúde e que podem ser utilizados em estudos epidemiológicos.

Considera-se assim de interesse analisar em que medida os aspetos sociais, demográficos e económicos influenciam e estão relacionados com a qualidade de vida em saúde da população portuguesa. Para tal recorreu-se à informação obtida pelo 4º INS que permitiu recolher os dados da população, com abrangência a todo o território nacional. O INS envolveu 41193 indivíduos residentes em Portugal e foi o primeiro inquérito de saúde por entrevista que abrangeu as populações residentes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A determinação dos objetivos a atingir com esta dissertação visa o desenvolvimento de um Índice de Qualidade de Vida em Saúde, a partir do qual seja possível a comparação entre vários grupos populacionais, e a definição de fatores condicionantes da qualidade de vida em saúde das populações.

A partir das questões que compõem o 4º INS, e tendo em conta os objetivos do estudo foi desenvolvido um Índice de Qualidade de Vida em Saúde, estruturado de modo a variar numa escala de 0 a 100, o qual foi aplicado a uma amostra previamente definida. Tendo em conta que o cálculo do Índice de Qualidade de Vida em Saúde, só poderia ser efetivado garantindo a informação plena das observações, a amostra inicial ficou demasiado reduzida, correndo-se o risco de ser pouco representativa.

Assim, considerando a importância para o estudo, em poder contar com o maior número de observações e o máximo de informação, efetuaram-se reformulações ao Índice inicial de modo a obter maiores dimensões da amostra, com o mínimo de perda de informação. Destas alterações resultaram quatro versões do Índice de Qualidade de Vida em Saúde, e quatro amostras, sobre as quais incidiu o estudo.

O tratamento estatístico engloba a análise descritiva das variáveis e a análise inferencial, com recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), através da

utilização de testes estatísticos, o que permitiu atingir os objetivos propostos e fundamentar as conclusões retiradas.

O trabalho está estruturado em cinco partes. A primeira corresponde a esta parte introdutória. A segunda é dedicada à fundamentação teórica na qual se faz o desenvolvimento conceptual do tema em estudo. Fundamentados na literatura, abordam-se os conceitos de saúde, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde, utilidades dos estados de saúde e métodos de avaliação das preferências dos indivíduos, e os instrumentos de avaliação da qualidade de vida em saúde. Na terceira parte descreve-se a metodologia do estudo. Aborda-se a origem dos dados e os objetivos do estudo, explanam-se as várias etapas do estudo empírico, evidenciando-se o processo de construção do Índice de Qualidade de Vida em Saúde e o processo de seleção da amostra, descrevem-se as variáveis do estudo e o desenvolvimento estatístico da pesquisa. A quarta parte é dedicada à análise estatística, dão-se a conhecer os resultados da aplicação do índice e faz-se a análise e discussão dos dados obtidos. A quinta, e última parte corresponde às conclusões do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceção de qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde

2.1.1. O conceito de saúde

Precedendo a abordagem ao conceito de qualidade de vida é indispensável analisar o conceito de saúde, pois à qualidade de vida está subjacente a dor, a doença, o sofrimento, a acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde e o direito a uma vida justa e com condições que proporcionem uma boa qualidade de vida. As evidências científicas mostram que a saúde contribui bastante para a qualidade de vida e inversamente muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são fundamentais para alcançar um elevado perfil de saúde.

No domínio da saúde a existência de diversos aspetos da vida do indivíduo podem-se configurar numa escala que pode variar desde os aspetos cotados mais negativamente (por exemplo a morte) até aos aspetos mais positivos da vida (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993). Do mesmo modo o binómio saúde-doença configura-se num continuum específico de cada indivíduo e comunidade que altera consoante as circunstâncias físicas, biológicas, sociais, culturais e ambientais.

A saúde e a doença não são sentidas da mesma forma por todos os indivíduos e os fatores que determinam o processo saúde-doença são múltiplos e complexos. Os seus conceitos variam de indivíduo para indivíduo e diferem de cultura para cultura. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os principais determinantes da saúde, incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais. O ambiente social e económico é determinante do estado de saúde do indivíduo uma vez que se associa elevados níveis educacionais a um alto

padrão de vida, bem como a maiores rendimentos. O ambiente físico é dos fatores mais importantes na classificação do estado de saúde do indivíduo.

A OMS define saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença*” (WHOQOL Group, 1997: 1). Este conceito é no entanto questionado por alguns autores que o consideram irreal, ultrapassado e unilateral.

Segundo Segre e Ferraz (1997), tendo em conta desde logo as características da personalidade de cada ser humano, a definição de saúde preconizada pela OMS alude a uma perfeição que não é possível atingir. Consideram os mesmos autores que o conceito é irreal pelo enfoque na expressão “completo bem-estar” que alude a um elevado subjetivismo e não tem em conta a variabilidade dos indivíduos e as suas crenças e valores; é ultrapassado pois faz destaque entre o físico, o mental e o social, e sabemos que as três dimensões estão interligadas na resposta corporal do indivíduo; e é unilateral pois não tem em conta a avaliação da qualidade de vida de cada indivíduo, dado que esta avaliação é intrínseca, dependendo da realidade de cada um, privilegiando-se mais uma vez a subjetividade.

Até à primeira metade do século XX, a visão economicista coloca a ideia de bem-estar em estreita dependência com o nível económico. Nesta perspetiva existia uma lógica de associação entre o crescimento económico de uma nação e o bem-estar da população. No período pós-guerra esta visão economicista foi sendo posta em causa pois apesar do crescimento económico favorável, os indicadores sociais, a segurança pessoal, a confiança no governo e a solidariedade familiar deterioravam-se (Canavarro, 2010). Esta desagregação entre o progresso económico e o bem-estar impulsionou o desenvolvimento de medidas não estritamente economicistas na quantificação do bem-estar das populações.

A ideia de bem-estar social utilizado na definição de saúde da OMS advém, assim, da preocupação com a devastação causada pela Segunda Guerra Mundial, e de um otimismo em relação à paz mundial. Após a Segunda Guerra Mundial, aumentou a influência das ideologias assistencialista e utilitária, facto que teve influência nas

políticas sociais que passaram a ser formuladas em termos de “felicidade”, “bem-estar” e “qualidade de vida” (Musschenga, 1997).

2.1.2. Fundamentos sobre qualidade de vida

A literatura apresenta uma variedade imensa de definições sobre qualidade de vida. A primeira alusão aplicada à qualidade de vida está associada à economia, quando Lyndon Johnson em 1964 afirma que *“os objetivos da economia não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”* (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 1999: 20). A dificuldade na conceitualização do conceito foi referida por Angus Campbell, em 1976 quando considerou qualidade de vida como *“uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”* (Barofsky, 2011: 626).

Numa perspectiva biológica a conceito de qualidade de vida assenta no conhecimento que a pessoa tem da sua condição física e das capacidades para realizar as atividades do quotidiano. Na perspetiva cultural, são vários os fatores que determinam o conceito individual de qualidade de vida e a sua perceção varia consoante as exigências da sociedade, o desenvolvimento tecnológico e científico e o poder económico. Na perspetiva económica a qualidade de vida tem a ver com o valor que o individuo atribui aos bens materiais e aos seus valores pessoais. Numa perspetiva psicológica a qualidade de vida depende da perspetiva do indivíduo e está relacionada com a imagem corporal, a profissão, a motricidade, a capacidade de manutenção de relações, a saúde e a capacidade de desempenho das atividades diárias.

Durante os anos 80 a noção de qualidade de vida foi sendo sujeita a alterações como consequência de vários estudos empreendidos para melhor compreender o conceito. Uma análise da literatura da última década evidencia 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).

Na década de 90, especialistas de diferentes culturas consolidaram três aspetos fundamentais no que se refere ao constructo qualidade de vida. São eles a subjetividade a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (ex: mobilidade) e negativas (ex: dor) (Fleck et al., 1999). A subjetividade diz respeito à perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde, a multidimensionalidade refere-se à composição do constructo por diversas dimensões. O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade de vida pela OMS como *“a perceção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos seus valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1997: 1).

Diversas alternativas de medição e de definição de qualidade de vida foram desenvolvidas nas décadas de 80 e 90, conforme referem Diener e Suh (1997), e cujos parâmetros de avaliação, se descrevem em três grupos distintos e que assentam:

- a) em indicadores sociais como a saúde e os níveis de criminalidade
- b) em medidas subjetivas de bem-estar, avaliando os indivíduos nas suas vidas e na sociedade
- c) em indicadores económicos.

Todos estes indicadores apresentam pontos fortes e pontos fracos, no entanto eles são complementares e por isso todos são necessários em conjunto para compreender a qualidade de vida (Diener, & Suh, 1997).

Brock (1993) faz referência à existência de três abordagens filosóficas de qualidade de vida. Uma primeira teoria que o autor denomina hedonista, pois aborda o prazer como o bem supremo da vida humana, e na qual sentimentos de alegria, prazer, felicidade, contentamento e satisfação acompanham a prossecução dos nossos desejos. Uma segunda abordagem, é baseada na satisfação dos desejos ou preferências, a qual supõe que as pessoas selecionam os bens e serviços dentro dos recursos de que dispõe, de acordo com os seus desejos individuais e de modo a melhorar a sua qualidade de vida. A terceira abordagem prende-se com aspetos de uma vida orientada por ideais normativos com base em sistemas filosóficos, religiosos ou outros.

Na perspetiva de Sen (1993), a qualidade de vida de um indivíduo, deve ser avaliada em termos das suas capacidades. A capacidade de um indivíduo reflete as habilidades ou

potencialidades de ser ou de fazer algo, ou seja de realizar determinada ação. Esta abordagem baseia-se numa perspetiva de vida que combina o “ser” e o “fazer”, em que a qualidade de vida é avaliada em termos da potencialidade de alcançar a execução de atividades importantes (Sen, 1993).

A complexidade do conceito de qualidade de vida é evidenciada por Scalon (1993), quando refere que a qualidade de vida sofre de uma riqueza embaraçosa de possibilidades. Primeiramente há um número de perguntas relacionadas mas distintas com que esta noção pode ser associada (...). Em segundo cada uma dessas perguntas admite interpretações diferentes e várias respostas possíveis. Finalmente há diferentes pontos de vista pela qual pode ser feita a pergunta sobre o que faz melhorar a vida de uma pessoa.

Felce e Perry (1995) propõem um modelo de qualidade de vida que integra indicadores objetivos e subjetivos, valores individuais e vários domínios da vida. A categorização do modelo engloba 5 dimensões: bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social, bem-estar emocional e desenvolvimento e atividade. O mesmo autor define qualidade de vida como um bem-estar geral que compreende descritores objetivos e avaliações subjetivas de bem-estar material, físico, emocional e social, bem como o grau de desenvolvimento pessoal e a atividade intencional, ponderados por um conjunto de valores pessoais.

As condições de vida objetivas, as avaliações subjetivas de bem-estar e os valores pessoais, podem afetar-se mutuamente entre si ou alterar-se de forma independente como resultado de influências externas (por exemplo idade, maturidade, emprego, influência dos pares, pontos de referência, entre outros), pelo que é necessário a avaliação dos mesmos em qualquer processo de avaliação da qualidade de vida (Felce, & Perry, 1995).

Entendimento semelhante é o apresentado por Cummins, McCabe, Romeo, Reid & Waters (1997), ao considerarem a qualidade de vida o resultado ponderado entre um eixo objetivo e um eixo subjetivo, cada um deles agregando sete domínios: bem-estar material, bem-estar emocional, saúde, produtividade, intimidade, segurança e lugar na comunidade. O eixo objetivo avalia a qualidade de vida objetiva, no qual as dimensões

objetivas refletem as normas culturais de bem-estar objetivo e compreendem os aspetos tangíveis da vida. O eixo subjetivo avalia a qualidade de vida subjetiva, cujos domínios espelham os sentimentos individuais de satisfação ou felicidade sobre a vida.

Os conceitos de felicidade, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo encontram-se mutuamente relacionados e estreitamente conectados à noção de qualidade de vida, apesar de serem constructos altamente contestados (Phillips, 2006). Warburton (1996) identifica a felicidade objetiva como uma sensação fisiológica agradável provocada pela ação da dopamina no sistema nervoso central, como reação aos estímulos externos e acrescenta que as pessoas procuram alcançar a felicidade objetiva maximizando o contacto com estímulos agradáveis. Esta lógica utilitarista é seguida por Kahneman que defende a importância da maximização das boas experiências em prejuízo da maximização da satisfação ou do bem-estar subjetivo (Phillips, 2006).

Na perspectiva de Kahneman (1999) a avaliação da qualidade de vida deve ter em conta as sensações objetivas associadas ao estado real de felicidade e não a percepção subjetiva do indivíduo sobre a felicidade. Segundo esta perspectiva, é possível distinguir duas concepções de felicidade ou bem-estar. A felicidade subjetiva avaliada pelo grau de felicidade dos entrevistados e a felicidade objetiva que deriva das sensações de bem-estar associadas ao estado de felicidade num determinado período.

A relação entre os indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida é reforçada por Cummins (2000) quando refere que se o conceito de qualidade de vida pretende envolver a totalidade da vida humana, então tanto a dimensão objetiva como a subjetiva devem estar incluídas. A discórdia em relação a esta visão reside no argumento de que como não existe nenhuma realidade para além da nossa capacidade de experimentar as coisas, então as nossas medidas objetivas são resultado das nossas percepções e consequentemente subjetivas.

Outros autores como Berger-Schmitt e Noll (2000), defendem uma concepção mais abrangente de qualidade de vida, a qual inclui as condições objetivas de vida, o bem-estar subjetivo, bem como qualidades sociais tais como coesão social e sustentabilidade. Referem ainda os autores que a ideia de riqueza como objetivo único de

desenvolvimento social foi substituída pela conceção multidimensional de qualidade de vida, na qual a riqueza apenas constitui um dos múltiplos componentes (Berger-Schmitt, & Noll, 2000).

Ao contrário dos indicadores objetivos, os indicadores subjetivos acarretam uma avaliação das circunstâncias da vida de uma pessoa (Bowling, 2005). O conceito de bem-estar subjetivo é complexo, só pode ser medido indiretamente, não pode ser avaliado com precisão e requer uma análise das situações para a construção das respostas (Phillips, 2006). Os indicadores subjetivos permitem formalizar a tendência natural das pessoas de regularmente avaliarem os domínios da vida que consideram mais relevantes e importantes para si próprios.

O bem-estar subjetivo é um conceito positivo que abarca dimensões de moral, de felicidade, de satisfação com a vida, de autoestima e de sentido de coerência, e não só a ausência de problemas físicos e mentais, e de morbilidade psicológica como a depressão e a ansiedade (Bowling, 2005). Numa abordagem ao conceito, Diener e Lucas (1999) mencionam três elementos que compõem o bem-estar subjetivo: o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação. Já anteriormente Argyle (1996) admitia uma quarta dimensão relacionada com questões como o propósito da vida, o crescimento pessoal e as relações positivas com os outros.

Como refere Ribeiro (2009) são inúmeras as definições que se podem encontrar na literatura, com conceções e implicações diferentes na avaliação, umas assentes na conceção de bem-estar, outras baseadas na satisfação com a vida, outras na funcionalidade e ainda outras apoiadas no diferencial entre o que o indivíduo deseja e o que espera ter.

Gradualmente, ao longo dos anos o conceito de qualidade de vida tem vindo a clarificar-se e a apurar-se na sua definição. Com o propósito de organizar as diferentes definições existentes de qualidade de vida, Farquhar descreveu uma taxonomia, na qual identificou os elementos comuns e os fatores que influenciaram as definições, que se apresenta na tabela a seguir.

Tabela 1 – Taxonomia das definições de qualidade de vida

TIPO	DENOMINAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
I	Definições globais	Correspondem às primeiras definições de qualidade de vida e predominam até meados da década de 80. Caracterizam-se por serem as definições mais comuns do conceito. São abrangentes, mas exprimem pouco os possíveis componentes da qualidade de vida ou a operacionalização do conceito. Costumam incorporar ideias de satisfação/insatisfação e felicidade/infelicidade.
II	Definições com base em componentes	Surgem após meados da década de 80, com uma nova abordagem através da decomposição do conceito numa série de componentes ou dimensões. São mais vantajosas para o trabalho empírico e estão mais perto da operacionalização do conceito.
III	Definições focalizadas	Referem-se a definições que mencionam só um ou um número pequeno de componentes de qualidade de vida. A forma mais comum tem em conta os componentes de saúde ou capacidade funcional.
IV	Definições combinadas	Agregam as definições tipo I e II, ou seja são definições globais que especificam também dimensões que compõem o constructo.

Fonte: Adaptado de Farquhar (1995)

A descrição da taxonomia das definições de qualidade de vida é ilustrativa da falta de consenso das definições. Segundo Farquhar (1995) a diversidade das definições deve-se a vários fatores, dos quais se salienta o uso multidisciplinar do termo, o foco de avaliação, o ambiente cultural e o peso a atribuir a cada dimensão do conceito.

Ribeiro (1994) menciona um conjunto de características operacionais do modelo de qualidade de vida. É multifatorial dado que a variável é composta por múltiplos

domínios, é uma medida de percepção pessoal pois só o próprio indivíduo pode responder por si, é uma medida que varia ao longo do tempo e por fim é uma medida subjetiva ou seja baseia-se em aspetos imateriais, daí a importância de ser sujeita às técnicas de avaliação (fidelidade, confiabilidade, etc.) (Ribeiro, 1994).

O termo qualidade de vida é pois de difícil e complexa conceituação. Na literatura o termo é vulgarmente utilizado para indicar estados de saúde, capacidade física, sintomas, ajustamento psicossocial, bem-estar, satisfação com a vida, felicidade, etc. (Ferrans, 2005). Muitos outros termos são aplicados para descrever qualidade de vida, pelo que a utilização deliberada de palavras diferentes para referir o mesmo conceito pode ocasionar alguma confusão na definição (Barofsky, 2011).

Dentro deste contexto refere Ribeiro (2009), que a qualidade de vida se tornou um conceito popular utilizado na linguagem do homem comum, sobre a qual todos percebem e da qual cada indivíduo possui uma conceção. Deste modo, é possível assim estar-se a discutir sobre a qualidade de vida, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito (Ribeiro, 2009).

Num estudo efetuado por McKevitt, Redfern, La-Placa, e Wolfe (2003) a profissionais de saúde, acerca da definição de qualidade de vida, foi-lhes solicitado que definissem qualidade de vida, e que relatassem experiências de avaliação de qualidade de vida e os propósitos das mesmas. Os resultados revelaram a ‘Felicidade’ como a categoria mais referenciada na definição de qualidade de vida, seguida da componente social e da componente física. A categoria ‘Boa Saúde’ obteve uma percentagem baixa. São ainda notórias as diferenças na identificação das componentes de qualidade de vida entre os vários grupos profissionais. De referir também que menos de metade dos inquiridos identificou as medidas de avaliação padronizadas como sendo a melhor maneira de medir qualidade de vida e que mais de metade indicou a observação dos pacientes como uma forma efetiva de avaliação de qualidade de vida.

Efetivamente cada indivíduo qualifica de forma diferente, cada uma das dimensões de qualidade de vida, facto que determina a singularidade de cada ser humano. De igual modo a avaliação de um indivíduo acerca da qualidade de vida, altera-se ao longo da vida, facto que determina uma certa mutabilidade do conceito, em função do tempo. A

perceção pelos indivíduos, da qualidade de vida e de condições de vida idênticas é entendida de modo distinto de acordo com as experiências vividas na educação, na família, na saúde, no trabalho, com os amigos, etc. (Back-Wiklund, 2011). Assim sendo é de esperar também que face a diferentes vivências, com diferentes atitudes face à doença, com experiência de tratamentos distintos, ou com culturas diferentes, emergjam diferentes definições de qualidade de vida.

2.1.3. Noção de qualidade de vida relacionada com a saúde

O conceito de qualidade de vida generalizou-se na esfera clínica onde frequentemente é referido como qualidade de vida relacionada com a saúde. Têm sido vários os pontos de vista defendidos e diversas as definições propostas para o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde.

Sobre esta matéria Testa e Simonson (1996) expõem a ideia de que ambos os termos se referem a domínios físicos, psicológicos e sociais da saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências pessoais, crenças, expectativas e perceções. A qualidade de vida relacionada com a saúde envolve aspetos subjetivos, diretamente ligados aos problemas de saúde, e permite avaliar o impacto de uma enfermidade na qualidade de vida em geral. O conceito é multidimensional, e inclui o domínio físico, mental, emocional e social. A estes domínios, é comum incluírem-se ainda o domínio económico e o espiritual (Ferrans, 2005).

Várias definições sobre qualidade de vida relacionada com a saúde fazem referência ao impacto da enfermidade ou do agravamento na qualidade de vida. Seidl (2004: 583) evidencia algumas definições, citando alguns autores, entre os quais Cleary et al., cuja opinião é de que a qualidade de vida relacionada com a saúde se refere “*aos vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida*”.

Na opinião de Hermann (1995) a qualidade de vida relacionada com a saúde está sobejamente definida como o impacto da doença e do tratamento sobre o paciente. Idêntico parecer é expresso por Ribeiro (2009) ao indicar a qualidade de vida

relacionada com a saúde como a qualidade de vida que está dependente da doença que o indivíduo apresenta.

O conceito específico de qualidade de vida relacionada com a saúde evidencia os efeitos da doença e do tratamento na qualidade de vida. Ribeiro (1994) salienta dois sentidos para o conceito: um geral que se refere à qualidade de vida que está dependente das doenças que as pessoas têm, e da análise do impacto da doença e do seu tratamento na qualidade de vida dessas pessoas; e um específico que se refere às limitações ou ao modo com essa doença específica afeta a qualidade de vida.

Vários autores referem-se à qualidade de vida relacionada com a saúde como o valor atribuído à duração da vida, ponderado pelas alterações no estado de saúde. Bungay e Ware, citados por Giachello (1996), consideram influentes as limitações das funcionalidades físicas, sociais e psicológicas, e das oportunidades influenciadas pela doença. Similarmente Auquier, Simeoni e Mendizabal, referidos em Minayo, Hartz e Buss (2000), incorporam as deteriorações funcionais, percepções e condições sociais induzidas pela doença, e pela organização do sistema assistencial como condicionantes da qualidade de vida relacionada com a saúde.

A definição adotada por Naughton e Shumaker (2003) agrega os atributos valorizados pelos pacientes que incluem o conforto ou sensação de bem-estar, a capacidade de manter uma razoável atividade, a nível físico, mental e intelectual, e o grau de capacidade em manter atividades de valor no seio da família, no trabalho e na comunidade. A definição enfatiza o aspeto multidimensional da qualidade de vida relacionada com a saúde bem como a importância de avaliar as percepções sobre as atividades funcionais dos indivíduos.

A maioria das definições sobre qualidade de vida relacionada com a saúde incorpora os aspetos da definição geral de qualidade de vida e as dimensões específicas relacionadas com a saúde (Phillips, 2006). Frequentemente alguns aspetos relevantes da vida, como o rendimento, a liberdade ou o meio ambiente, não são valorizados como sendo do domínio da saúde. De igual modo, aspetos que se referem a questões políticas, sociais e culturais não são geralmente relacionados com a qualidade de vida, no entanto estas questões estão relacionadas com a saúde e podem-na afetar negativamente. Por isso,

quando um indivíduo se encontra doente, há que ter em conta quase todos os aspetos da vida, pois podem estar relacionados com a saúde do indivíduo (Guyatt et al.,1993).

Com a mesma corrente de opinião encontram-se Naughton e Shumaker (2003) ao considerarem fundamentais na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde a incorporação de dimensões primárias como a funcionalidade física, psicológica e social, a satisfação com a vida ou bem-estar e a perceção do estado de saúde. Segundo a opinião de especialistas estas são as dimensões mínimas a serem incluídas numa avaliação de modo a que se possa afirmar que a qualidade de vida relacionada com a saúde foi medida de forma abrangente e eficaz.

Para algumas pesquisas no entanto será suficiente uma avaliação com menos dimensões atendendo a que podem não trazer informação adicional significativa à investigação. Outros estudos porém necessitarão da inclusão de dimensões suplementares nas avaliações de qualidade de vida relacionada com a saúde. Nas dimensões suplementares incluem-se a atividade neuro psicológica, a produtividade pessoal, a intimidade e atividade sexual, os distúrbios do sono, a dor, a presença de sintomas e a espiritualidade.

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde não se refere às características de um indivíduo mas sim à dimensão qualitativa da funcionalidade do indivíduo. A informação obtida nas avaliações da qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser subjetiva, se deriva do relato das experiências vividas pelo indivíduo, ou objetiva quando provem de indicadores diretamente mensuráveis. Segundo Ferrans (2005), o que caracteriza os dados é a natureza da informação, pois nem todos os dados fornecidos pelo paciente são subjetivos, nem os dados adquiridos por um observador externo são sempre objetivos.

2.2. Valorização dos estados de saúde

Para medir qualidade de vida relacionada com a saúde é importante medir a utilidade dos estados de saúde. A medição dos estados de saúde pressupõe a utilização de indicadores de saúde adequados. Compreender como é que os indivíduos valorizam as várias dimensões que integram os estados de saúde é fundamental, para podermos comparar estados de saúde. O valor atribuído a um determinado estado de saúde é expresso em utilidade.

A utilidade representa a satisfação ou prazer que o indivíduo retira do consumo de determinado bem ou serviço. O conceito de utilidade permite explicar a forma como os consumidores efetuam as suas escolhas tendo em conta o rendimento disponível e os preços dos bens ou serviços. A atribuição de um valor à utilidade de um bem (utilidade cardinal) é algo difícil, mas é possível ordenar as preferências dos consumidores e assim atribuir uma utilidade ordinal. As preferências variam de indivíduo para indivíduo, e a utilidade atribuída a um determinado bem ou serviço varia consoante a necessidade, o gosto e a satisfação que gera.

No contexto da saúde, as utilidades cardinais correspondem a números, designados para os estados de saúde, que traduzem o peso da preferência de um em relação a outros. Esses valores são definidos numa escala poderá ser definida em intervalos, os quais de vem ter propriedades semelhantes (o intervalo de 0,2 para 0,3 tem o mesmo significado de 0,7 para 0,8) (Ferreira, 2002; Teich, & Nita, 2010). As utilidades ordinais são mais simples de obter e correspondem a uma graduação que ordena os estados de saúde por ordem de preferência (normalmente do melhor para o pior), sendo possível que duas medidas recebam o mesmo valor (Ferreira, 2002; Teich, & Nita, 2010).

Cada estado de saúde é composto por um conjunto de fatores que na área da saúde são classificados como dimensões. A combinação dessas dimensões resulta numa perceção de utilidade à qual é atribuído um valor. Essas dimensões ou atributos no seu conjunto constituem o estado de saúde (Teich, & Nita, 2010)

A análise de utilidade é tida como uma técnica bastante útil dado que possibilita ajustamentos da qualidade de vida considerando um conjunto específico de resultados (Drummond et al., 2005). O termo utilidade está associado às preferências do indivíduo, e quanto mais preferível o resultado tanto mais utilidade lhe está associado.

Existem vários métodos que possibilitam obter o valor das preferências dos indivíduos entre todos os estados de saúde, existindo alguma discussão sobre qual o mais correto. Os três métodos considerados mais importantes são: a Escala Visual Analógica (VAS), o Time Trade-Off (TTO) e o Standard Gamble (SG). Qualquer destes métodos permite agregar num só índice, definido entre 0 e 1, os valores atribuídos a cada uma das dimensões.

2.2.1. Escala Visual Analógica

A forma mais simples de medir preferências é pedir aos indivíduos, primeiro que pontuem os estados de saúde, do mais preferido para o menos preferido e depois que os classifiquem numa escala de acordo com as preferências e de modo que os intervalos entre eles sejam proporcionais às diferenças de preferência (Drummond, et al. 2005).

Figura 1 – Visual Analogue Scale (VAS, Escala Visual Analógica)

Melhor estado de saúde possível	100	
	90	
	80	
	70	
	60	
	50	
	40	
	30	
	20	
	10	
Pior estado de saúde possível	0	

Fonte: Adaptado de Morris et al., 2007

A VAS é composta por uma linha, normalmente com 10cm de comprimento, que apresenta extremidades claramente definidas e que pode ou não apresentar pontos de

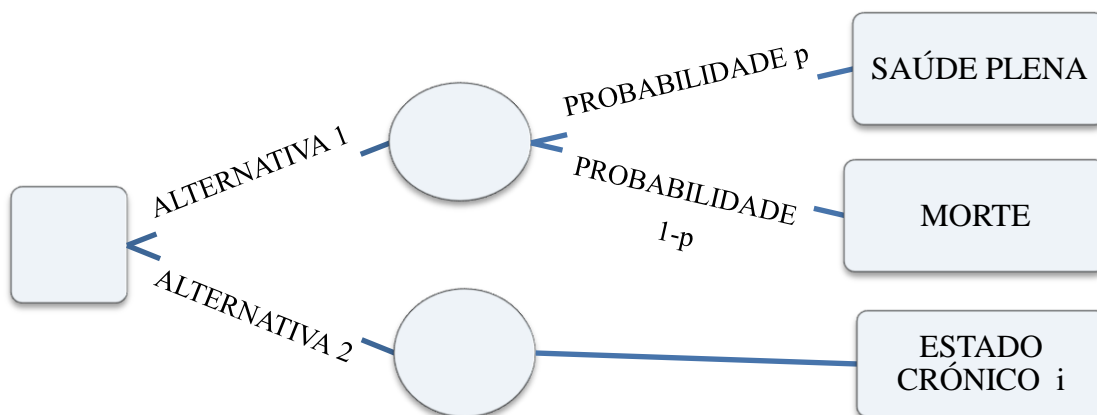
divisão ao longo da linha entre os extremos. O estado de saúde mais preferido é colocado num dos extremos da linha, e o menos preferido no outro extremo. Os outros estados de saúde são dispostos ao longo da linha entre os dois extremos, de acordo com a preferência e de forma que os intervalos entre os vários estados de saúde correspondam à diferença de preferência percebida pelos indivíduos que os avaliam. Assim, estados de saúde com preferências idênticas estarão próximos na escala, e estados menos desejáveis e com preferências diferentes ficarão mais separados.

2.2.2. Standard Gamble

O Standard Gamble é um método clássico de medir preferências, em relação a um resultado de saúde sob uma condição de incerteza. Nesta abordagem o indivíduo é convidado a escolher entre o seu próprio estado de saúde e um desafio em que poderia morrer ou atingir um estado de saúde completo. O método tem sido usado extensivamente no campo da análise de decisão e pode ser usado para medir preferências em estados de saúde crónicos, mas varia ligeiramente dependendo ou não se o estado crónico é preferível à morte ou é considerado pior do que a morte (Drummond et al., 2005; Ferreira, 2002).

Para estados crónicos preferíveis à morte o método é o apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Standard Gamble para um estado de saúde crónico preferível à morte



Fonte: Adaptado de Drummond et al., 2005

Ao indivíduo são oferecidas duas alternativas: a alternativa 1 e a alternativa 2. A alternativa 1 é um tratamento com dois possíveis resultados: ou o paciente volta ao estado de saúde plena e vive por um período adicional de t anos (probabilidade p), ou o paciente morre imediatamente (probabilidade $1-p$). A alternativa 2 oferece como resultado a certeza de um estado crónico i para o resto da vida, ou seja durante t anos.

Posteriormente a probabilidade p vai variando até o indivíduo ser indiferente às duas alternativas, altura em que o valor de preferência para o estado i para um tempo t é simplesmente p , ou seja $h_i = p$. Assim, h_i é medido numa escala de utilidade em que a saúde perfeita para t anos é 1.0 e a morte imediata é 0.0 (Drummond et al., 2005).

A utilidade do estado de saúde i é igual à probabilidade da indiferença (probabilidade entre ser indiferente permanecer no estado de saúde crónico ou avançar para uma opção arriscada. Se o indivíduo for indiferente entre a permanência do estado crónico e o jogo, quando $p = 0,8$, (em que a probabilidade do pior resultado é, $1 - p = 0,2$), então a utilidade do estado é 0,8.

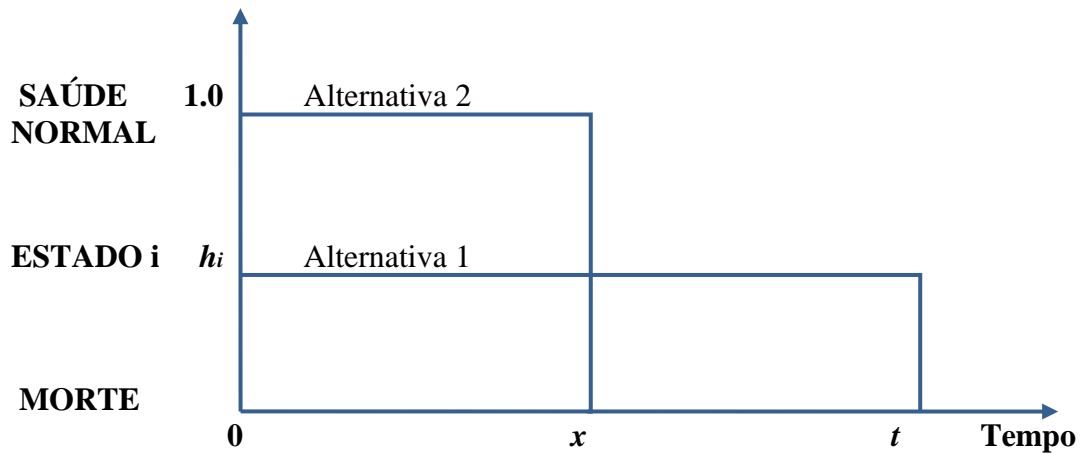
As utilidades geradas pelo Standard Gamble estão dependentes do risco dos indivíduos. De modo geral os indivíduos são adversos ao risco, pelo que as suas escolhas tenderão para o resultado certo em vez de apostarem (Tolley, 2009).

2.2.3. Time Trade-Off

O Time Trade-Off é um método especificamente desenvolvido para ser utilizado em cuidados de saúde. Neste método o indivíduo é convidado a considerar um estado de saúde que dura por um determinado período de tempo, e é-lhe dado a considerar outra situação com saúde normal mas por um período de tempo mais curto. O indivíduo é convidado a trocar o tempo todo com reduzida capacidade, para viver um período mais curto de saúde normal.

A aplicação deste método em estados de saúde crónicos considerados melhor que a morte é demonstrada na figura 3.

Figura 3 – Time Trade-Off para estados de saúde crónicos melhores que a morte



Fonte: Adaptado de Drummond et al., 2005

Ao indivíduo são oferecidas duas alternativas: a alternativa 1, com um estado de saúde i por um tempo t (esperança de vida de um indivíduo com doença crónica) seguido por morte; a alternativa 2 com um estado de saúde normal, por um tempo x em que $x < t$, seguido por morte. O tempo x vai variando até que o indivíduo seja indiferente às duas alternativas, cujo ponto corresponde ao valor de preferência para o estado i e é dado por $h_i = x/t$. Neste método é também possível variar o seu formato de forma a aplica-lo a estados de saúde temporários ou estados de saúde crónicos piores que a morte.

O Time Trade-Off pressupõe a neutralidade do risco já que a escolha é feita em condições de segurança. Deste modo sendo os indivíduos adversos ao risco, a utilidade gerada pelo Standard Gamble deverá ser superior ao valor gerado pelo Time Trade-Off, para o mesmo estado de saúde (Tolley, 2009).

2.2.4. Quality Adjusted Life Years

Os valores das utilidades são resultado das preferências dos indivíduos por determinados estados de saúde. As utilidades são valores que refletem uma perceção qualitativa e quantitativa de um estado de saúde e permitem que os ganhos em relação à mortalidade e à morbilidade sejam combinados e quantificados através dos anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs).

As decisões das políticas de saúde têm em conta a distribuição dos recursos e os custos inerentes aos programas de saúde. Estas decisões requerem comparações que permitam relacionar o impacto dos programas, tratamentos e intervenções, com o prolongamento da vida e das condições de vida, e que pressupõe um valor para a saúde.

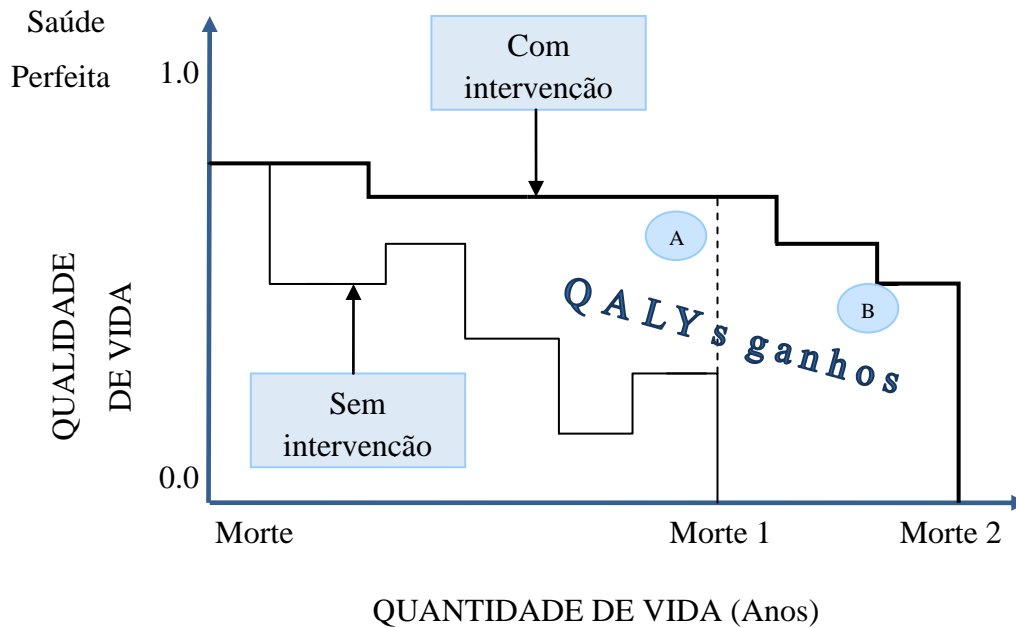
Na perspetiva económica os QALYs proporcionam uma medida comum que mede o ganho em saúde que resulta das intervenções de saúde, combinado com os custos associados a essas intervenções. Este indicador combina numa única medida ganhos na extensão da vida e na qualidade de vida, facultando a sua utilização para análise das intervenções em saúde.

O conceito de QALY foi introduzido em 1968 por Herbert Klarman num estudo sobre insuficiência renal crónica (Drummond et al., 2005). O QALY resulta da agregação de duas dimensões: a quantidade e a qualidade de vida, geradas pelas intervenções em saúde. Assim, um QALY equivale a um ano de vida com uma qualidade de vida correspondente a uma saúde plena (Nunes, 1998).

Os QALY podem apresentar diversos valores ao longo de uma escala, cujos pontos extremos de referência são a saúde plena e a morte. Numericamente o estado de saúde plena corresponde ao valor 1 e a morte ao valor 0. Embora esta escala permita estados piores que a morte (com valores abaixo de zero), e estados melhores que a saúde plena (com valores superiores a um), a escala convencional definida para os QALYs varia entre 0 e 1 (Drummond et al., 1997).

A figura 4 demonstra graficamente o conceito subjacente aos QALYs. Admite-se uma determinada situação com ou sem intervenção de um programa. As áreas sob as curvas representam o tempo de vida de um indivíduo com as possíveis alterações de saúde ao longo da vida.

Figura 4 – Quality Adjusted Life Years (QALYs)



Fonte: Adaptado de Drummond et al., 2005

Sem intervenção de saúde a qualidade de vida relacionada com a saúde de um indivíduo, deteriorar-se-ia de acordo com a curva mais abaixo (traçado mais fino), e o indivíduo morreria no momento Morte 1. Com programa de intervenção (curva acima com traçado mais grosso), a saúde do indivíduo deteriorar-se-ia mais lentamente, viveria mais tempo e morreria no momento Morte 2.

A área que se encontra entre as duas curvas corresponde ao número de QALYs ganhos com o programa de intervenção. Pode-se ainda considerar a divisão desta área em duas partes: A e B. A parte A corresponde à quantidade de QALYs ganhos devido aos ganhos em qualidade (ou seja, a qualidade ganha durante o tempo que o indivíduo de qualquer modo teria vivido); a parte B corresponde à quantidade de QALYs ganhos devido aos ganhos em quantidade (ou seja, a extensão da vida, ajustada pela qualidade).

A intervenção de um programa nem sempre tem ganhos. A diferença entre os QALYs gerados com ou sem programa de intervenção corresponde ao ganho ou perda em QALYs provocada por essa intervenção. A comparação entre duas intervenções deve ter

em conta os valores dos custos por QALY ganhos, e as intervenções com menor custo deverão ser as selecionadas.

A vantagem do QALY é que consegue combinar numa única medida os ganhos provenientes da redução da morbilidade (ganhos em qualidade) e os ganhos de redução da mortalidade (ganhos em quantidade) (Drummond et al., 2005). A quantidade de vida é expressa em termos de expectativa de vida, enquanto a qualidade de vida engloba um conjunto de dimensões que são valorizadas pelos indivíduos e baseadas na ideia de utilidade dos estados de saúde. Estes são obtidos por dimensões consideradas como parte importante da noção de saúde e baseadas na perceção do indivíduo. Cada dimensão exhibe vários graus de saúde, que vão desde a ausência de problema até à situação pior possível. Um perfil de saúde depende assim do número de dimensões e dos graus definidos para cada uma das dimensões (Nunes, 1998).

2.3 Instrumentos de medida

A melhoria em saúde tem como propósito principal a materialização de duas dimensões: o aumento da esperança de vida e a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde. A importância da medição da qualidade de vida relacionada com a saúde é reconhecida como fonte de informação essencial para avaliar a aplicação dos tratamentos efetuados, bem como para as decisões políticas implementadas na área da saúde. A informação colhida através da aplicação dos instrumentos de medida é baseada na aplicação dos métodos de valorização das preferências dos indivíduos por determinados estados de saúde.

Os primeiros instrumentos de avaliação de qualidade de vida centravam a sua pesquisa essencialmente nos fatores de morbilidade e de mortalidade evidenciando uma desconformidade entre as medidas utilizadas e a definição de saúde avançada pela OMS (Oliveira, & Orsini, 2009). A partir da década de 70 verifica-se um crescente interesse pelos instrumentos de avaliação da qualidade. A contribuição dos estudos que envolvem qualidade de vida repercute-se numa melhoria de tomada de decisões sobre

implementação de ações, num aperfeiçoamento de conceitos envolvidos, bem como no desenvolvimento de instrumentos de medida para determinadas intervenções (Alves, 2011).

Atualmente atendendo à quantidade de instrumentos que existem para medir qualidade de vida é necessário cuidado de modo a que a sua aplicação seja efetuada respeitando o fim para que foram concebidos e de acordo com o objetivo da análise. Neste âmbito Ioannidis (2005) refere que a maioria das pesquisas científicas apresenta erros nos resultados, motivados por falhas nos procedimentos da colheita de dados e na análise dos dados. A utilização de instrumentos inadequados à análise ou a modificação e adaptação ocasional de instrumentos é uma prática duvidosa (Nunes, 1998). Para acautelar estas situações é exigível uma tradução rigorosa dos instrumentos a utilizar, sendo este o primeiro passo a dar para o processo de validação.

A diversidade de instrumentos baseados em conceitos distintos de qualidade de vida pode ainda dificultar a comparação dos resultados dos estudos entre países, e neste aspeto há que ter em conta a necessidade de uma correta adaptação cultural. A utilização nos estudos, de instrumentos utilizados em diferentes culturas, carece assim de uma validação antecipada para poderem ser aplicados.

2.3.1. Propriedades psicométricas - Validade e confiabilidade dos instrumentos

A qualidade dos instrumentos para avaliação a qualidade de vida é garantida pela validação das propriedades psicométricas dos mesmos. A falta de qualidade de um instrumento levanta não só um problema ético como compromete a fidedignidade do instrumento distorcendo os resultados da pesquisa. Assim estes instrumentos devem ter como requisitos essenciais, a confiabilidade e a validade. Os instrumentos de medida são confiáveis se geram os mesmos resultados, e são válidos se medem precisamente a característica que pretendem medir (Martins, 2006). A confiabilidade significa a capacidade que um instrumento tem para medir fielmente um fenómeno enquanto a validade é a capacidade de medir com precisão o fenómeno estudado (Pilatti, Pedroso, & Gutierrez, 2010).

2.3.1.1 A confiabilidade e o Alpha de Cronbach

A confiabilidade é demonstrada pela capacidade de um instrumento de avaliação, apresentar resultados semelhantes em administrações repetidas do mesmo instrumento. Quando um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos dizer que estamos perante um instrumento consistente no qual podemos confiar (Maroco, & Garcia-Marques, 2006).

A confiabilidade refere-se, assim, à reprodutibilidade dos resultados obtidos e na comparação dos dados, aquando da aplicação repetida de um instrumento ao mesmo sujeito (Alves, 2011; Pilatti, Pedroso, & Gutierrez, 2010) Os valores de confiabilidade estão devidamente definidos na literatura conforme o estimador de confiabilidade utilizado, pelo que a ausência de confiabilidade pode produzir graves consequências a nível da validade das conclusões da pesquisa (Pilatti, Pedroso, & Gutierrez, 2010).

Para análise da confiabilidade de um instrumento existem vários métodos de entre os quais se pode destacar o coeficiente Alpha de Cronbach, uma ferramenta estatística que avalia a confiabilidade através da consistência interna. Este coeficiente é uma forma de medida baseada na correlação entre os diferentes itens no mesmo teste e pressupõe a mesma escala de medição para todos os itens. Este coeficiente mede a correlação entre as respostas de um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos inquiridos (Hora, Monteiro, & Arica, 2010). Dado que a análise da consistência interna se baseia na correlação dos itens é imprescindível que estes se apresentem moderadamente correlacionados entre si e que cada item apresente correlação com o score total do constructo (Pilatti, Pedroso, & Gutierrez, 2010).

O Alpha de Cronbach é obtido a partir do número de itens que contribuem para a pontuação total, da variância de cada item individual e da variância dos scores totais (Cronbach, & Shavelson, 2004). O cálculo é efetuado com base no número de questões do instrumento, na variância de cada questão e na variância da soma dos componentes de cada avaliador.

A aplicação do Alpha de Cronbach pressupõe que o questionário esteja dividido e agrupado em dimensões, seja aplicado a uma amostra significativa e heterogénea e que a escala esteja validada (Hora et al., 2010).

Segundo Freitas e Rodrigues (2005) e Hora et al. (2010), apesar da vasta aplicação do Alpha de Cronbach em vários estudos científicos, não existe consenso no que respeita à interpretação da confiabilidade a partir do valor do coeficiente. Fatores como a variabilidade e a simetria põem em causa a estimação da fiabilidade pelo Alpha de Cronbach, como é referenciado por alguns autores, no entanto e apesar das limitações este continua a ser a medida mais usada para cálculo da confiabilidade de um instrumento (Maroco, & Garcia-Marques, 2006).

O valor do Alpha de Cronbach deve ser interpretado num intervalo entre 0 e 1, considerando-se que um valor superior a 0,80 seja indicador de boa consistência interna. Segundo DeVellis (1991), uma escala é internamente consistente na medida em que os seus itens estão fortemente relacionados entre si, no entanto valores de correlação demasiados elevados sugerem que os itens estão todos a medir o mesmo.

Sucedem por vezes que alguns itens podem estar negativamente correlacionados entre si, o que conduz a um valor de α negativo (Maroco, & Garcia-Marques, 2006; Streiner, 2003), revelando escalas sem confiança. O valor de Alpha é não só influenciado pela correlação entre as variáveis como pelo seu número. Assim pode acontecer que embora a correlação entre as variáveis seja fraca, o Alpha seja elevado indicando de forma errada uma grande consistência (Pestana, & Gageiro, 2008).

A literatura que menciona o modelo considera satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha um $\alpha \geq 0,70$ (Freitas, & Rodrigues, 2005; Nunnally, 1994; Oviedo, & Campo-Arias, 2005). Abaixo daquele valor a consistência interna é considerada baixa, mas é possível aceitarem-se valores inferiores, na falta de melhor instrumento. Um α de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução (Maroco, & Garcia-Marques, 2006). Por outro lado, valores acima de 0,90 podem indiciar a presença de itens redundantes, que medem o mesmo elemento de um constructo e que devem ser eliminados (Oviedo, & Campo-

Arias, 2005; Streiner, 2003). Neste contexto Streiner (2003) recomenda um valor máximo de 0,9 para o Alpha de Cronbach.

Neste contexto Freitas e Rodrigues (2005) referenciam ainda, de acordo com a literatura científica, alguns fatores que influem no nível de confiabilidade de um questionário, destacando-se:

- a) O número de itens (quanto mais itens incluídos maior a confiabilidade, no entanto aquele número não deve ser excessivo)
- b) O tempo de aplicação do questionário (a aplicação do questionário com tempo pré-determinado pode levar a respostas irrefletidas e aumentar o número de itens sem avaliação)
- c) A amostra de avaliadores (a amostra deve ser heterogénea, pois uma amostra com pessoas idênticas no que respeita ao conceito, pode originar a mesma avaliação para determinado item e conseqüentemente sem variância e portanto com uma confiabilidade calculada de valor zero)

2.3.1.2. A validade

Outro critério fundamental para validação de um bom instrumento de medida é a validade. A validade refere-se à capacidade do instrumento medir realmente aquilo a que se propõe medir (Schmidt, Dantas, & Marziale, 2008), e depende da adequação do instrumento relativamente àquilo que se quer medir (Martins, 2006).

Conforme referem Pilatti et al. (2010), Nunnally (1994) e DeVellis (1991), consideram-se essencialmente três tipos de validade:

- a) Validade de conteúdo – reflete o grau de adequação dos itens ao que se pretende medir. Refere-se à capacidade dos itens selecionados para medir uma construção teórica, serem representativos das principais facetas do conceito a medir.
- b) Validade prática ou de critério – reflete a capacidade de um instrumento medir elementos relacionados com um critério de interesse. Refere-se ao grau em que um instrumento discrimina sujeitos com características diferentes do critério padrão. Fala-se em validade concorrente quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, e em validade preditiva quando o critério é avaliado no futuro.

c) Validade de construção ou de constructo – refere-se à relação entre os conceitos teóricos e a sua operacionalização. Goldstein e Simpson (2002) mencionam três etapas para avaliação da validade de constructo. A primeira consiste em compreender as relações teóricas entre conceitos relacionados. Em segundo lugar deve-se estimar as relações empíricas entre medidas operacionais desses conceitos. A última etapa consiste em interpretar a evidência empírica dentro do contexto teórico em que o conceito de interesse está inserido.

A validade total de um instrumento é assim baseada nestas três evidências e quanto maior cada uma delas, maior é a certeza de que de facto se está a medir o que realmente se pretende medir (Martins, 2006). Neste contexto, Martins (2006) faz ainda referência à validade aparente, uma técnica simples, que avalia apenas se a medida parece medir a variável em estudo. A avaliação da validade aparente é um processo subjetivo, e reporta-se ao facto do instrumento de medida parecer ou não válido.

Para que um instrumento tenha utilidade científica, deve ser confiável, ou seja, medições repetidas originam as mesmas conclusões, e deve ser válido, ou seja, representativo do conceito que se pretende medir (Goldstein, & Simpson, 2002). Uma medida confiável não quer dizer que seja válida. Porém uma medida válida é necessariamente confiável. Para um indicador ser válido é necessário em primeiro lugar que seja de confiança, no entanto os indicadores podem ser confiáveis sem que sejam válidos (Goldstein, & Simpson, 2002). A confiabilidade é uma condição necessária mas não suficiente para garantir a validade (Shrout, 2002).

2.3.2. Classificação dos instrumentos

A utilização de instrumentos para medição da qualidade de vida, e a seleção dos mesmos depende da abordagem que se pretende e dos objetivos do estudo. As abordagens não são mutuamente exclusivas, cada abordagem apresenta pontos fortes e fracos e podem ser adequadas a diversas situações (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993). Os instrumentos de medida possuem características diferentes e podem classificar-se como genéricos ou específicos e ambos podem dar origem a um índice ou resultar somente num perfil.

Um perfil corresponde a um conjunto de valores individuais em cada dimensão sem que haja comparação entre as diferentes dimensões através do seu peso relativo. Um índice é o resultado da agregação das diferentes dimensões, pelo peso relativo de cada uma delas de modo a determinar a utilidade do estado de saúde (Nunes, 1998).

Um estado de saúde pode ser descrito conjugando os diferentes níveis de cada uma das dimensões, existentes no instrumento de avaliação. Com um perfil de saúde podemos obter o retrato da saúde num determinado momento mas não se podem comparar as diferentes dimensões. O problema dos perfis de saúde é que não consegue identificar o quanto um estado de saúde é melhor do que outro, ou mesmo o quanto uma mudança no estado de saúde significa que a saúde melhorou, piorou ou se mantém. (Morris, Devlin, & Parkin, 2007). Com um índice de saúde, obtém-se um valor representativo do nível global de saúde permitindo perceber qual o melhor ou pior estado de saúde. A desvantagem dos índices de saúde é que sem informação adicional, pode-se estar a camuflar importantes alterações no estado de saúde (Morris, et al., 2007).

Os instrumentos genéricos foram desenvolvidos no sentido de refletirem o impacto de uma doença sobre a vida de um indivíduo ou das populações (Scattolin, 2006). Estes instrumentos são multidimensionais, utilizam-se na avaliação da qualidade de vida da população em geral e são usados quando o objetivo é comparar o estado geral de saúde entre indivíduos diferentes. São independentes de um problema ou doença e refletem mais os componentes da saúde como argumento da qualidade de vida em geral incidindo nas funções físicas, papéis sociais ou estados psíquicos (Nunes, 1998). O propósito dos instrumentos genéricos visa a sua aplicabilidade em todas as circunstâncias, independentemente das condições de saúde e das intervenções específicas (Morris et al., 2007).

Os instrumentos específicos permitem avaliar de forma pontual determinados aspetos da qualidade de vida relacionada com a saúde (Scattolin, 2006). Têm um carácter mais restrito e permitem avaliar de forma individual e específica, determinadas características de uma dada população, incidindo principalmente sobre sintomas, incapacidades ou limitações relacionadas com determinadas doenças e permitindo a obtenção de valores associados ao problema em estudo. São instrumentos mais sensíveis na análise de

alterações na qualidade de vida em determinadas patologias e são utilizados para estabelecer comparações entre indivíduos com características idênticas e específicas, importantes para a definição do resultado (Nunes, 1998).

A tabela a seguir evidencia alguns dos instrumentos mais importantes utilizados para medir estados de saúde e as respetivas classificações.

Tabela 2 – Classificação e características dos instrumentos de avaliação de estados de saúde

	GERAIS		ESPECÍFICOS	
ÍNDICE	QWB EQ-5D HUI	Utilizados para obter um valor correspondente à componente de qualidade de vida no cálculo dos QALYs	AIMS GHQ	Utilizados para comparar o uso de terapias diferentes para o mesmo grupo de doentes em análise
PERFIL	WHOQOL NHP SF-36 SIP	Utilizados em estudos descritivos sobre evolução do estado de saúde de uma população	KDQ	Utilizados para estudos descritivos em doentes com igual patologia

Fonte: Adaptado de Nunes (1998)

Os instrumentos genéricos que preveem o cálculo de um índice podem ser utilizados em análises de custo-utilidade, permitindo assim a comparação entre os custos e os efeitos na saúde da aplicação de determinada intervenção, enquanto os que definem só um perfil permitem a descrição de estados de saúde entre diferentes indivíduos mas não é possível avaliar dimensões diferentes, sendo a sua aplicabilidade em economia da saúde reduzida.

Os índices específicos podem ser utilizados em análises custo-efetividade, quando o objetivo da análise é restrito (comparação entre terapias diferentes para o mesmo grupo de doentes), no entanto a utilização dos perfis específicos é também limitada pelas mesmas razões dos perfis genéricos (Nunes, 1998).

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde são questionários compostos por um determinado número de itens agregados por domínios ou dimensões, e podem ser autoadministrados ou efetuados por entrevistadores. O método tradicional consome muitos recursos mas garante o cumprimento, diminui os erros e reduz itens não respondidos. A abordagem autoadministrada é menos dispendiosa, mas aumenta o número de indivíduos que não respondem e o número de itens não respondidos (Guyatt et al., 1993).

O tipo de instrumentos selecionados para um estudo de investigação vai depender dos objetivos da intervenção e das questões de investigação a serem abordadas.

2.3.2.1. Instrumentos gerais

2.3.2.1.1. Quality of Well-Being Scale

O Quality of Well-Being Scale (QWB) é um instrumento de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido nos anos 70, com base num modelo geral de política de saúde, o qual integra componentes de mortalidade, de morbilidade (qualidade de vida relacionada com a saúde), de preferência por estados de saúde (utilidades) e de permanência dos estados de saúde (prognóstico) (Sieber, Groessler, David, Ganiats, & Kaplan, 2008). Este instrumento pode ser usado na população em geral ou aplicado a qualquer tipo de doença.

O QWB foi o primeiro instrumento especificamente concebido para medir qualidade de vida por estimativa dos QALY's, bem como para avaliação económica de custo-efetividade (Sieber et al., 2008). É um instrumento que tem sido amplamente validado e as suas propriedades psicométricas estão bem demonstradas. Pode ser aplicado na população em geral e a qualquer tipo de doença (Bowling, 2005).

O QWB foi usado em estudos avaliativos de doença pulmonar, estudos sobre a qualidade de sobrevivência em doentes com HIV e em ensaios com medicamentos (Toevs, Kaplan, & Atkins, 1984; Bombardier, Ware, Russell, Larson, Chalmers, & Read, 1986; Kaplan, McCutchan, Navarro, Anderson, Atkinson, Chandler, & Grant, 1994). Ao contrário de outros índices a escala do QWB inclui a morte. A incorporação deste item reforça a validade de conteúdo do índice (Bowling, 2005).

A complexidade deste instrumento tem inibido o seu uso na pesquisa de resultados de saúde. A escassa utilização deste instrumento deve-se ao facto de ser longo e complexo, de necessitar de entrevistador treinado e de necessitar de um período de referência dos últimos seis dias anteriores ao da aplicação do questionário.

Como resposta às limitações identificadas, em 1996 foi lançada a versão autorrespondida Quality of Well-Being Scale Self-Administered (QWB-SA) (Sieber et al., 2008). As melhorias verificadas nesta nova versão prendem-se com a inclusão de itens que avaliam a saúde mental, com a dispensa de um entrevistador treinado, com a diminuição do tempo necessário de preenchimento para menos de dez minutos, e com o facto de as questões do QWB-SA se reportarem só aos três dias anteriores ao da aplicação do questionário. O impacto desta última alteração não revelou diferenças significativas nos scores encontrados (Sieber et al., 2008).

Esta nova versão foi expandida para 58 sintomas (ao contrário da versão anterior que apresentava uma lista de 26 sintomas) e inclui pelo menos 12 sintomas tipicamente considerados psicológicos. O QWB-SA contém uma primeira parte que avalia a presença de sintomas agudos e crónicos (19 itens avaliam a sintomas crónicos, 25 itens avaliam sintomas físicos agudos e 14 itens relacionados com a saúde mental e comportamentos). A segunda parte apresenta 2 itens que avalia o autocuidado. A terceira parte reporta-se à mobilidade e é avaliada por 11 itens. A quarta parte refere-se à atividade física através de 8 itens e a última parte avalia a atividade social com 3 itens e inclui questões relacionadas com o atual estado de saúde.

O QWB-SA inclui componentes funcionais de mobilidade, de atividade física e de atividade social, e ainda uma lista de sintomas e problemas que podem interferir na qualidade de vida relacionada com a saúde (Kaplan, Ganiats, Sieber, & Anderson, 1998). Os sintomas e problemas são avaliados por questões que apontam a presença ou ausência dos mesmos. As componentes funcionais são avaliadas por uma série de questões que registam as limitações funcionais dos últimos três dias. O QWB combina as três escalas de funcionamento com os sintomas e problemas. A pontuação final é o resultado da combinação dos scores obtidos nos quatro domínios e varia entre 0.0 (morte) e 1.0 (perfeita saúde).

Ao contrário de muitos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, o QWB e o QWB-SA não se concentra só na atividade funcional. A sua componente funcional é complementada com uma forte componente de sintomas e problemas. Num estudo efetuado por Kaplan et al. foi demonstrado que perto de 80% da população em geral é perfeitamente funcional, mas que num intervalo de 8 dias consecutivos só 12% não experienciam um sintoma (Kaplan, et al. 1998).

2.3.2.1.2. O EuroQol

O EuroQol (EQ-5D) é um instrumento multidimensional, aplicável a um vasto leque de condições de saúde, que dá um perfil descritivo e fornece um índice único do estado de saúde. O estado de saúde de um indivíduo é o resultado de um conjunto de observações, que posteriormente é convertido para um índice único através da aplicação de uma fórmula, atribuindo pesos a cada um dos níveis de cada dimensão.

Oficializado em 1987, o EuroQol Group era composto por uma rede internacional, multilingue e multidisciplinar de investigadores de alguns países da Europa (Inglaterra, Finlândia, Holanda, Noruega e Suécia). Em 1995 foi acordado que a afiliação ao grupo seria determinada de forma individual. Assim, podem pertencer ao EuroQol Group todos aqueles que suportam ativamente o trabalho do grupo e têm para com ele um compromisso positivo e sustentado. Todas as pessoas que pretendam ser ou manter-se como membros do EuroQol Group devem demonstrar evidências de envolvimento ativo através de contribuições científicas relacionadas com o trabalho do EuroQol Group e transmitir uma declaração sobre as intenções futuras (EuroQol Group, www.euroqol.org/).

A finalidade do Grupo EuroQol foi desenvolver um instrumento padronizado que gerasse um índice de saúde para descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde e para ser utilizado na avaliação económica (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009). O instrumento visa ainda complementar outras medidas de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde (Bowling, 2005).

O EQ-5D é um questionário aplicável a uma ampla variedade de condições de saúde e de tratamentos, fornece um perfil descritivo simples e gera um índice de saúde que pode ser usado em avaliação clínica e económica ou em inquéritos de saúde da população. É

um instrumento cognitivamente pouco exigente, de rápido preenchimento e foi desenhado para ser auto preenchível. É adequado para estudos com recurso ao inquérito por correspondência, em clínicas e em entrevistas face-a-face (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

O EQ-5D é constituído por duas partes: uma primeira parte descritiva que compreende as cinco dimensões, e uma segunda parte que contém uma escala visual analógica vertical. A parte descritiva consiste essencialmente na descrição da saúde do indivíduo através de cinco dimensões: Mobilidade, Cuidados pessoais, Atividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade /Depressão. A segunda parte do questionário consiste em assinalar na escala visual analógica, a perceção do estado de saúde do entrevistado nesse dia. A escala apresenta uma pontuação que varia entre 0 a 100, em que 0 designa o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

O EQ-5D fornece assim, um perfil da qualidade de vida relacionada com a saúde, através de cinco dimensões e pode gerar um índice de saúde ponderado e baseado em tabelas de valores. O valor da escala analógica pode ser usado para análise das alterações do estado de saúde ao longo do tempo.

Existem três versões do instrumento: o EQ-5D-3L, o EQ-5D-5L e o EQ-5D-Y (EuroQol Group, www.euroqol.org/). O EQ-5D-3L foi introduzido em 1990 e caracteriza-se pela descrição da saúde do indivíduo através das cinco dimensões, apresentando cada uma somente 3 níveis (sem problemas, alguns problemas e problemas extremos) (Rabin, Oemar, & Oppe, 2011). Atualmente o EQ-5D-3L tem 102 versões em línguas oficiais e outras 66 aguardam a homologação oficial pelo EuroQol Group Translation Committee (EuroQol Group, www.euroqol.org/).

Mais tarde, em 2005, foi introduzida a versão EQ-5D-5L no sentido de melhorar a sensibilidade do instrumento e reduzir os efeitos de teto. Estudos experimentais efetuados por membros de EuroQol Group demonstraram que o aumento dos níveis de gravidade em cada uma das dimensões poderia aumentar significativamente a confiabilidade e sensibilidade, mantendo a viabilidade do instrumento. Assim, o EQ-5D-5L mantém as dimensões da versão anterior mas cada uma delas apresenta 5 níveis

de gravidade (sem problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves e problemas extremos). Desta versão continua também a fazer parte a escala visual analógica. O EQ-5D está oficialmente traduzido em 94 línguas (EuroQol Group, www.euroqol.org/).

A versão EQ-5D-Y é uma versão destinada aos jovens, que apresenta também 5 dimensões: Mobilidade, Cuidado a si próprio, Atividades Habituais, Dor/Desconforto, Preocupação/Tristeza/Infelicidade. O EQ-5D-Y é uma versão completa do EQ-5D-3L para jovens e crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, e está disponível em mais de 20 idiomas (EuroQol Group, www.euroqol.org/).

O EQ-5D é um instrumento cognitivamente pouco exigente, de rápido preenchimento e foi desenhado para ser autopreenchível. É adequado para estudos com recurso ao inquérito por correspondência, em clínicas e em entrevistas face-a-face (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

Para o preenchimento do questionário, é pedido ao entrevistado que indique o seu estado de saúde, assinalando em cada uma das dimensões, o nível que corresponde à resposta que melhor se aplica à sua situação. Cada resposta produz um número em cada uma das dimensões. Dos valores das cinco dimensões resulta um número com 5 dígitos que representa o estado de saúde do entrevistado. Estes valores não têm propriedades aritméticas e não devem ser usados como uma pontuação cardinal.

A tabela a seguir é demonstrativa das cinco dimensões que fazem parte do EQ-5D e permite a comparação entre as duas versões no que respeita aos níveis de gravidade e respetivas pontuações.

Tabela 3 – Dimensões, níveis de gravidade e pontuações do questionário EuroQol – versão EQ-5D-3L e EQ-5D-5L

EUROQOL			
EQ-5D-3L		EQ-5D-5L	
Dimensões e níveis de gravidade		Dimensões e níveis de gravidade	
Mobilidade		Mobilidade	
Não tenho problemas em andar	1	Não tenho problemas em andar	1
Tenho alguns problemas em andar	2	Tenho alguns problemas em andar	2
Tenho de estar na cama	3	Tenho problemas moderados em andar	3
		Tenho problemas graves em andar	4
		Tenho problemas extremos em andar	5
Cuidados Pessoais		Cuidados Pessoais	
Não tenho problemas em cuidar de mim	1	Não tenho problemas em me lavar ou vestir sozinho	1
Tenho alguns problemas em me lavar ou vestir sozinho/a	2	Tenho alguns problemas em me lavar ou vestir sozinho	2
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3	Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir sozinho	3
		Tenho problemas graves em me lavar ou vestir sozinho	4
		Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	5
Atividades habituais (trabalho, estudo, atividades domésticas, familiares ou de lazer)		Atividades habituais (trabalho, estudo, atividades domésticas, familiares ou de lazer)	
Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	2	Tenho alguns problemas em realizar as minhas atividades habituais	2
Sou incapaz de desempenhar as atividades habituais	3	Tenho problemas moderados em realizar as minhas atividades habituais	3
		Tenho problemas graves realizar as minhas atividades habituais	4
		Sou incapaz de realizar as minhas atividades habituais	5

Tabela 3 (Cont.) – Dimensões, níveis de gravidade e pontuações do questionário EuroQol – versão EQ-5D-3L e EQ-5D-5L

Dor / Mal-estar		Dor / Mal-estar	
Não tenho dores ou mal-estar	1	Não tenho dores ou mal-estar	1
Tenho dores ou mal-estar moderados	2	Tenho algumas dores ou mal-estar	2
Tenho dores ou mal-estar extremos	3	Tenho dores ou mal-estar moderados	3
		Tenho dores ou mal-estar graves	4
		Tenho dores ou mal-estar extremos	5
Ansiedade / Depressão		Ansiedade / Depressão	
Não estou ansioso ou deprimido	1	Não estou ansioso ou deprimido	1
Estou moderadamente ansioso ou deprimido	2	Estou um pouco ansioso e deprimido	2
Estou extremamente ansioso e deprimido	3	Estou moderadamente ansioso ou deprimido	3
		Estou muito ansioso e deprimido	4
		Estou extremamente ansioso e deprimido	5

Fonte: Adaptado de Armaganijan, (2013);EuroQol Goup; Rabin, Oemar, Oppe (2011); Rabin, Oemar, Oppe, Janssen, Herdman (2011); & Direção Geral de Saúde (2009)

Em alguns questionários é por vezes incluída uma questão, na qual se pede aos inquiridos que façam a comparação entre o nível geral de saúde dos últimos 12 meses e o de hoje (Brooks, & EuroQol Group, 1996; Direção Geral de Saúde, 2009). Esta questão não é no entanto, considerada relevante pelos investigadores pelo que tem sido retirada na maioria dos estudos com o EQ-5D (Armaganijan et al., 2013; Ferreira, 2002).

A dimensão “Cuidados pessoais”, do EQ-5D-3L apresenta alguma ambiguidade quanto às opções de resposta pois não se referem de forma consistente às mesmas atividades. O primeiro item menciona “não ter problemas em cuidar de mim” e os outros itens fazem referência ao lavar e ao vestir. A dificuldade de interpretação reside no facto de o “cuidar de mim” remeter para uma gama de atividades que não simplesmente o lavar e o vestir, pelo que é esperado que os respondentes infiram que o primeiro item se refere também às mesmas atividades (Bowling, 2005).

O EQ-5D-3L permite definir 243 possíveis estados de saúde aos quais foram acrescentados mais dois (morte e inconsciência) que não são recolhidos por autorrelato. Por exemplo o estado 11111 indica não ter problemas em qualquer das 5 dimensões. Já o estado 11223 significa: não ter problemas com a mobilidade nem com os cuidados pessoais, ter alguns problemas em desempenhar as atividades laborais, ter dores ou mal-estar moderados, e estar extremamente ansioso e deprimido (Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

O EQ-5D-5L permite definir 3125 estados de saúde. O estado 11111 indica não ter problemas em todas as dimensões, o estado 55555 representa problemas extremos em todas elas, e o estado 12345 significa não ter problema em andar, ter alguns problemas em se lavar ou vestir sozinho, ter problema moderados em realizar as atividades habituais, ter dores ou mal-estar graves, e estar extremamente ansioso e deprimido (Armaganijan et al., 2013).

Na sequência do desenvolvimento do EQ-5D-5L houve oportunidade de melhorar a consistência e facilitar a compreensão. Exemplo disso verificou-se na dimensão “Mobilidade” em que o item de maior gravidade “Tenho de estar na cama” do EQ-5D-3L foi substituído por “Tenho problemas extremos em andar”, no EQ-5D-5L, tornando o texto mais consistente dentro da dimensão e em relação aos níveis extremos das outras dimensões (Rabin, Oemar, Oppe, Janssen, & Herdman (2011).

Após a aplicação do EQ-5D, os estados de saúde encontrados devem ser convertidos num índice através da aplicação de coeficientes de ponderação. No Reino Unido foi aplicada a técnica de Time Trade-Off a uma amostra aleatória de 3395 membros da população adulta. Os resultados são os apresentados na tabela seguinte onde se exhibe os valores do EQ-5D para o Reino Unido. O EQ-5D disponibiliza também valores para outros países (Bowling, 2005; Cheung, Oemar, Oppe, & Rabin, 2009).

Uma das principais características do instrumento EQ-5D é a disponibilização dos coeficientes específicos para cada país para cálculo dos índices, facilitando o cálculo dos anos de vida ajustados pela qualidade, que permitem obter informações sobre avaliações económicas das intervenções de saúde.

Em relação ao EQ-5D-5L decorrem ainda estudos para definição dos coeficientes respetivos. Até à sua obtenção pode ser utilizada uma metodologia que permite relacionar os valores do índice do EQ-5D-3L com o sistema descritivo do EQ-5D-5L, resultando num conjunto de valores do sistema. Esta ligação é baseada num estudo coordenado pelo EuroQol Group, realizada com 3691 pacientes de seis países que completaram os dois instrumentos EQ-5D-3L e EQ-5D-5L (EuroQol; Rabin,Oemar, Oppe, Janssen, & Herdman, 2011).

Tabela 4 – Coeficientes de Time Trade-Off do EuroQol (EQ-5D-3L)

DIMENSÃO EUROQOL	COEFICIENTES
Constante	0.081
Mobilidade	
Nível 2	0.069
Nível 3	0.314
Cuidados Pessoais	
Nível 2	0.104
Nível 3	0.214
Atividades Habituais	
Nível 2	0.036
Nível 3	0.094
Dor / Mal-estar	
Nível 2	0.123
Nível 3	0.386
Ansiedade / Depressão	
Nível 2	0.071
Nível 3	0.236
N3	0.269

Fonte: Adaptado de Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance (1997)

Os índices de saúde são obtidos subtraindo os coeficientes relevantes a 1.000. O termo constante é usado desde que exista alguma disfunção e o termo N3 é utilizado desde que exista uma dimensão com nível 3. O termo de cada dimensão é selecionado com base no nível dessa dimensão (Drummond et al.,1997).

Assim para um estado de saúde 11223, o índice respetivo obtém-se da seguinte forma:

Saúde perfeita	1.000
Termo constante (desde que exista alguma disfunção)	- 0.081
Mobilidade (nível 1)	- 0
Cuidados Pessoais (nível 1)	- 0
Atividades Habituais (nível 2)	- 0.036
Dor / Mal-estar (nível 2)	- 0.123
Ansiedade / Depressão (nível 3)	- 0.236
N3 (desde que exista uma dimensão com nível 3)	- 0.269
Valor estimado para o estado de saúde 11223	= 0.255

2.3.2.1.3. O Health Utility Index

O Health Utility Index (HUI) é uma família de sistemas de classificação, multiatributo, para efeitos de avaliação do estado de saúde. Atualmente o HUI refere-se a dois sistemas, o HUI2 e o HUI3 e juntos descrevem quase 1.000.000 de estados de saúde. Cada um dos sistemas possui um perfil de classificação do estado de saúde. Os dois sistemas são independentes mas complementares, acrescentando informações valiosas. As pontuações do HUI permitem obter valores para o cálculo dos QALY's.

Com base na primeira versão do HUI, o HUI1, foi desenvolvido o HUI2 para aplicação na pediatria. Posteriormente o HUI2 foi modificado para aplicação em adultos e foi definido um atributo adicional, a fertilidade que pode ou não ser utilizado. Este sistema de classificação descreve 24.000 estados de saúde e inclui 7 atributos (capacidades sensitivas, mobilidade, emotividade, capacidades cognitivas, autocuidado e dor), cada um dos quais com 3, 4 ou 5 níveis.

A fórmula definida é uma função de utilidade multiatributo multiplicativa. O HUI3 foi desenvolvido a partir do HUI2, tem 972 000 estados de saúde, descritos por 8 atributos

(visão, audição, fala, deambulação, destreza, emotividade, capacidades cognitivas e dor), com 5 a 6 níveis por atributo.

2.3.2.1.4. O World Health Organization Quality of Life instrument

O World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQOL-100) é um instrumento de avaliação de qualidade de vida desenvolvido pelo grupo The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). As vantagens inerentes a este instrumento prendem-se essencialmente com o facto de permitir comparações entre diferentes culturas, contribuindo para o refinamento da noção de qualidade de vida na medida em que a obtenção dessas informações contribuem com dados importantes que caracterizam o conceito (Bowling, 2005).

O WHOQOL foi desenvolvido numa dinâmica transcultural dado que a sua criação envolveu a colaboração simultânea de vários centros de vários países (Fleck et al. 1999; Fleck, 2000). Na seleção dos centros foi tido em conta a inclusão de países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade dos serviços de saúde, importância da família e religião dominante (Fleck, 2000). A participação dos centros incidiu na operacionalização dos domínios de avaliação da qualidade de vida, na redação e seleção das questões, na derivação das escalas de respostas e do teste de campo nos países envolvidos. A tabela seguinte descreve resumidamente os vários estádios de desenvolvimento do instrumento.

O WHOQOL-100 consta de 100 questões que consideram seis domínios de análise: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais. Este instrumento é composto por vinte e quatro temas e por cada tema são colocadas quatro questões, o que perfaz um total de noventa e seis questões, às quais se juntam mais quatro questões de carácter geral sobre qualidade de vida.

Tabela 5 – Etapas de desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF)

ETAPAS	MÉTODO	RESULTADO	OBJECTIVOS
do Clarificação do conceito	Revisão por especialistas internacionais	Definição de qualidade de vida Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida
Estudo piloto qualitativo	Revisão por especialistas Grupos focais Painel escrito por	Definição de domínios e temas Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas Criação de questões
Desenvolvimento de um teste piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 250 pacientes e 50 pessoas saudáveis	Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões
Teste de campo do WHOQOL- 100	Aplicação em grupos homogéneos de pacientes	Estrutura comum de domínios Conjunto de 100 questões Escala de respostas equivalentes em diferentes idiomas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL
Desenvolvimento do WHOQOL-BREF	Análise dos dados do WHOQOL-100	Conjunto de 26 questões de avaliação que compõem a versão abreviada	Desenvolver uma versão breve do WHOQOL-100 para uso em estudos de grande dimensão, auditorias ou estudos clínicos onde a versão longa não é praticável

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (1999); World Health Organization (1997)

Atendendo à extensão do WHOQOL-100, foi desenvolvido o WHOQOL-BREF, uma versão mais curta do instrumento original, composta por 26 questões que avaliam 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Nesta versão abreviada é colocada uma questão para cada um dos vinte e quatro temas, e mais duas questões de carácter geral. A tabela seguinte permite visualizar os domínios que

compõem cada um dos instrumentos e perceber as alterações verificadas na versão abreviada.

Tabela 6 – Domínios e respetivos itens dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF)

DOMÍNIOS	WHOQOL-100	WHOQOL-BREF
Domínio físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividade de via quotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/ Religião / Crenças pessoais
Nível de independência	9. Mobilidade 10. Atividade de via quotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho	
Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual
Meio ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) 23. Transporte	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) 23. Transporte
Aspetos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais	24. Espiritualidade/ Religião / Crenças pessoais	

Fonte: Adaptado de Fleck et al. 1999; Fleck, 2000; Fleck et al. 2000;).

O critério de seleção das questões a colocar na versão abreviada foi tanto conceitual como psicométrico. Em termos conceituais foi preservado o carácter abrangente do instrumento original, pelo que cada um dos 24 temas é representado por uma questão. Em termos psicométricos foram selecionadas as questões que mais se correlacionavam com a pontuação total do WHOQOL-100, as quais foram submetidas a um painel de especialistas que verificaram a representação conceitual do domínio de onde provinham. Posteriormente foi realizada uma análise fatorial confirmatória para uma solução a 4 domínios (Fleck et al. 2000; Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes, & Chor, 2006).

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas tipo Likert, com 5 níveis. Dependendo do conteúdo da pergunta, as escalas podem variar em intensidade (nada – muitíssimo), em capacidade (nada – completamente), em frequência (nunca – sempre), e em avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito mau – muito bom). As questões respondidas devem ter um tempo de referência relativo às duas últimas semanas (Bowling, 2005; Fleck et al. 1999; Fleck, 2000).

O instrumento WHOQOL foi rigorosamente testado para verificar a sua validade e fiabilidade nos centros de campo aquando do seu desenvolvimento (Fleck et al. 1999; World Health Organization, 1997). Tanto o WHOQOL-100 como o WHOQOL-BREF exibem boa validade discriminante, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (World Health Organization, 1997). Vários estudos têm relatado e confirmado as boas características psicométricas dos dois instrumentos (Fleck, 2000; Fleck et al. 2000; Moreno, Faerstein, Werneck, Lopes, & Chor, 2006).

2.3.2.1.5. O Nottingham Health Profile

O Nottingham Health Profile (NHP) foi desenvolvido com base em entrevistas efetuadas a leigos acerca dos efeitos da doença sobre o comportamento (Bowling, 2005). Pode ser utilizado para avaliar grupos de pacientes de diferentes patologias ou para a população em geral. É uma ferramenta de pesquisa que pretende analisar a forma como as pessoas se sentem ao experienciarem vários estados de saúde, e é útil para avaliar se as pessoas têm um problema de saúde grave, embora seja exigível o diagnóstico (Bowling, 2005: 49). Tem sido descrito como um bom instrumento para medição do estado de saúde a nível físico, emocional e social (Bowling, 2005).

O NHP é um questionário curto e simples, constituído por 38 itens com respostas “sim/não”. Os itens estão organizados em seis dimensões que refletem problemas de saúde: mobilidade, dor, nível de energia, sono, reações emocionais e isolamento social (Ribeiro, 1994; Lima, & Portela, 2010). O intervalo de pontuação de cada dimensão vai de 0 (sem problemas) até 100 (todos os problemas). As pontuações ponderadas são somadas para cada domínio mas não é possível obter um score global. O questionário é autoadministrado e leva cerca de 10 minutos a responder (Ribeiro, 1994).

O NHP foi desenhado para autorrealização, é conciso e de fácil aplicação, e foi a primeira medida de saúde amplamente testada e desenvolvida para uso na Europa (Bowling, 2005: 49). Tem sido testada a validade e a confiabilidade e os resultados têm sido bons (Bowling, 2005: 50). Um estudo efetuado por Jenkinson, Fitzpatrick, & Argyle (1988), que avaliou a sensibilidade do NHP em doentes com artrite reumatoide e em pacientes com enxaqueca mostrou que o NHP conseguia distinguir os dois grupos de pacientes. Os pacientes com artrite reumatoide apresentavam pior pontuação em relação ao nível de energia e à mobilidade. Um teste de confiabilidade ao questionário foi efetuado por Kutlay et al. (2003) com doentes em hemodiálise. O valor do teste-reteste realizada às duas semanas foi de 0,61, e o coeficiente Alpha de Cronbach variou entre 0,61 e 0,79 para as dimensões do NHP (as dimensões nível de energia, sono e isolamento social apresentam valores inferiores a 0,70).

2.3.2.1.6. O 36-Item Short-Form Health Survey

O 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), desenvolvido pela RAND Corporation, para utilização no âmbito do Medical Outcomes Study, foi concebido na década de 80. O propósito foi o desenvolvimento de uma medida genérica do estado de saúde subjetivo, pouco extensa, que pudesse ser aplicada em vários cenários, e que satisfizesse os padrões psicométricos necessários que permitisse fazer comparações entre grupos (Bowling, 2005; Ware, 2000). As 8 dimensões que o compõem foram retiradas das 40 dimensões incluídas no MOS, e a sua seleção teve em conta a representatividade dos conceitos mais medidos nos inquéritos de saúde e os que são mais afetados pela doença e pelo tratamento (Bowling, 2005).

O SF-36 é um questionário multidimensional que avalia tanto aspetos negativos de saúde (doença) como aspetos positivos (bem-estar). É composto por 36 itens de

autorresposta, dos quais 35 estão englobados em 8 domínios: funcionalidade física (10 itens), limitações nos papéis por problemas físicos (4 itens), dor (2 itens), funcionalidade social (2 itens), vitalidade/energia (4 itens), limitações nos papéis por problemas emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e perceção geral de saúde (5 itens) (Lima, & Portela, 2010: 1653; Bowling, 2005). O último item é uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de há um ano atrás, comportando-se com efeito como um nono domínio.

O questionário produz um perfil de saúde no qual as pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). O método de pontuação consiste na soma dos valores dos itens de cada uma das 8 dimensões. Cada um desses valores é posteriormente transformado utilizando um algoritmo, resultando num estado de saúde melhor ou pior, não havendo um único valor que resuma toda a avaliação.

O SF-36 é adequado para ser autoadministrado ou preenchido por entrevistador treinado. O tempo que demora a ser completado varia entre 5 a 10 minutos. O SF-36 tem sido utilizado com sucesso em inquéritos à população em geral e em vários países, e apresenta propriedades psicométricas largamente testadas. O International Quality of Life Assessment Project publicou as propriedades psicométricas das versões traduzidas e testadas do SF-36 internacionalmente usadas (Gandek, & Ware, 1998).

O seu uso na investigação tem incidido no estudo da qualidade de vida em pessoas idosas (Michalos, Hubley, Zumbo, & Hemingway, 2001), e em pacientes com doenças específicas e características sociodemográficas diferentes (McHorney, Ware, Lu, & Sherbourne, 1994; Turner-Bowker, Bartley, Ware, 2002).

As dimensões são independentes umas das outras, mas é possível agrupá-las obtendo duas componentes que resultam da agregação das dimensões: a componente física e a componente mental, conforme confirmado por estudos de análise fatorial (Ware Jr., J.E, Gandek B., & the IQOLA Project Group 1994).

Conforme se pode observar na tabela a seguir, As dimensões que mais se correlacionam com a componente física são: a funcionalidade física, limitações nos papéis por

problemas físicos, a dor e a percepção geral de saúde; as que se correlacionam com a componente mental são: a vitalidade/energia, a funcionalidade social, limitações nos papéis por problemas emocionais e a saúde mental. As dimensões vitalidade/energia, funcionalidade social e percepção geral de saúde, apresentam correlações expressivas com ambas as componentes.

A dimensão “Funcionalidade física” tem demonstrado ser a melhor medida para a componente física e a dimensão “Saúde mental” constitui a medida mais válida para a componente mental (Ware et al. 1994). As restantes dimensões estão ordenadas de acordo com a validade na medição da saúde física e mental. As dimensões “Vitalidade/Energia” e “Percepção geral de saúde” apresentam validade moderada para ambas as componentes de saúde (Ware, 2000).

Tabela 7 – Valores de correlação entre as dimensões do SF-36 e as componentes, física e mental

DIMENSÕES SF-36	CORRELAÇÕES		Confiabilidade
	COMPONENTE FÍSICA	COMPONENTE MENTAL	
Funcionalidade física	0.85	0.12	0.93
Limitações nos papéis por problemas físicos	0.81	0.27	0.89
Percepção geral de saúde	0.69	0.37	0.81
Vitalidade/energia	0.47	0.65	0.86
Funcionalidade social	0.42	0.67	0.68
Limitações nos papéis por problemas emocionais	0.16	0.78	0.82
Saúde mental	0.17	0.87	0.84

Fonte: Adaptado de Ware. (2000)

Atualmente existe uma segunda versão do instrumento original, o SF-36v2. Esta nova versão foi introduzida em 1996, para corrigir deficiências identificadas no original. As alterações incluem melhorias nas instruções e na simplificação do texto tornando-o mais familiar e menos ambíguo, melhor tradução e adaptação cultural, um layout de

perguntas e respostas que torna mais fácil a leitura e que reduz as respostas em falta, e alteração das escalas de resposta de modo a aumentar a precisão da pontuação, entre outras (Ware, 2000).

A partir da versão original do SF-36 foram desenvolvidas versões mais curtas: o SF-12 e o SF-8. O SF-12 reproduz as oito dimensões do instrumento original mas cada uma delas com menos itens e consequentemente colhendo pontuações menos precisas. Assim, cada dimensão apresenta nesta versão somente 1 ou 2 itens. Com base nas propriedades psicométricas, os 12 itens selecionados explicam 90% da variância das componentes, física e mental do SF-36 (Bowling, 2005). A opção entre a utilização do SF-12 ou do SF-36 reside na preferência entre utilizar uma ferramenta mais ou menos prática, e de obter mais ou menos informação sobre o estado de saúde. A versão 2 do SF-12 (SF-12v2), apresenta as melhorias descritas para a versão 2 do SF-36.

O SF-8 por definição contém somente 8 itens e mede os mesmos 8 domínios de saúde que o SF-36, usando apenas um item para cada uma das dimensões. Como resultado o SF-8 abrange uma gama mais estreita de informação acerca do estado de saúde, pelo que não é recomendado para monitorização do estado de saúde a pacientes individualmente ou em pequenos estudos. O SF-8 pode ser preenchido em 1 ou 2 minutos e apresenta melhor monitorização dos resultados em estudos de grande escala (The SF Community, www.sf-36.org/tools/sf8.shtml).

2.3.2.2. Instrumentos específicos

2.3.2.2.1. O Sickness Impact Profile

O Sickness Impact Profile (SIP) é um instrumento desenvolvido para ser aplicado em diversos tipos e severidades de doenças e em subgrupos demográficos e culturais. Este questionário tem como propósito medir o estado de saúde percebido, fornecendo uma medida de efeitos ou resultados do cuidado à saúde que pode ser utilizada no planeamento de programas e aplicação de políticas (Lima, & Portela, 2010). O SIP procura avaliar o impacto da doença nas atividades diárias e no comportamento, salienta mais a disfunção relacionada com a doença, do que a própria doença (Bowling, 2005).

O SIP foi desenvolvido com base em depoimentos de profissionais de saúde e de pessoas leigas saudáveis e doentes. O grupo envolvido incluiu pacientes internados, em

ambulatório, em cuidados domiciliários com doenças crónicas, em cuidados intensivos, submetidos cirurgia de prótese da anca e com artrite (Bowling, 2005). Tem sido vasta a aplicação do questionário SIP junto de diversos grupos de pacientes de todo o mundo. Nos Estados Unidos este questionário é amplamente utilizado na avaliação de doentes com transplante cardíaco; outras das aplicações foi realizada no Reino Unido por Fletcher, McLoone, & Bulpitt (1998) num estudo controlado randomizado sobre os resultados dos tratamentos com medicamentos a doentes com angina (Bowling, 2005).

O SIP incorpora 136 itens relativos não só à atividade funcional mas também aos sentimentos de bem-estar emocional e à atividade social. Os itens são distribuídos por 12 categorias que descrevem comportamentos relacionados com trabalho, lazer, interação social, comunicação, mobilidade, deambulação, sono/descanso, cuidado com o corpo e movimento, comportamento emocional, comportamento de alerta, gestão da casa e alimentação (Lima, & Portela, 2010).

A classificação do questionário varia num intervalo de 0 a 100 e a pontuação global é obtida pela soma dos valores de cada item dividido pela pontuação máxima de disfunção, multiplicado por 100 (Bowling, 2005). Quanto menor for a pontuação melhor o estado de saúde do inquirido. Pontuações altas em todas as categorias, bem como no total do questionário, indicam maior disfunção na realização nas atividades (Naughton, & Shumaker, 2003).

Além das pontuações individuais de cada categoria é possível calcular um domínio físico e um domínio psicossocial utilizando uma fórmula similar e os itens respetivos. Para o domínio físico contribuem as categorias deambulação, mobilidade e cuidado com o corpo e movimento; para o domínio psicossocial contribuem a interação social, o comportamento de alerta, o comportamento emocional e a comunicação (Naughton, & Shumaker, 2003).

O SIP tem sido utilizado com sucesso em ensaios clínicos e na avaliação do impacto da doença em doentes crónicos. A utilização deste questionário num estudo controlado e randomizado sobre reabilitação cardíaca precoce, efetuado a pacientes com enfarto do miocárdio, demonstrou que o grupo submetido a aconselhamento e exercícios precoces descreveu melhor funcionamento (Ott, Sivarajan, Newton, Almes, Bruce, Bergner, &

Gilson, 1983). O mesmo questionário aplicado a doentes com doença renal em estadió final, revelou que os doentes submetidos a transplante têm melhores pontuações (Hart, & Evans, 1987).

Uma das limitações do SIP reside no facto de que só as questões às quais os inquiridos respondem “sim”, são registadas. Deste modo, aquando da análise, não é possível assegurar se os espaços em branco correspondem a respostas “não”, a omissões ou a enganos (Bowling, 2005). O questionário pode ser autoadministrado ou utilizar-se um entrevistador e demora cerca de 30 minutos a preencher (Ribeiro 1994). Está também disponível uma versão mais pequena deste questionário contendo 68 itens (SIP68) que requer cerca de 15 a 20 minutos para o seu preenchimento. Uma avaliação das propriedades psicométricas do SIP68, em comparação com a versão completa mostrou uma correlação entre o SIP e o SIP68 de 0,94 (Bowling, 2005).

2.3.2.2.2. O Arthritis Impact Measurement Scale

O Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) é um instrumento específico criado para medir o estado de saúde em pacientes com artrite. Foram definidas nove dimensões para este questionário: mobilidade, atividade física, destreza, atividade doméstica, atividade social, atividades de vida diária, dor, depressão e ansiedade.

Para além da versão original do AIMS foram desenvolvidas: a versão abreviada, a versão expandida (o AIMS2), uma versão infantil, uma versão para idosos e ainda um pequeno formulário. O AIMS2 inclui ainda a funcionalidade do braço, o apoio social, e o trabalho. O questionário é autoadministrado, tem sido utilizado em outras patologias, e a análise das propriedades psicométricas confirma a boa validade e a confiabilidade do AIMS (Carr, 2003).

2.3.2.2.3. O General Health Questionnaire

O General Health Questionnaire (GHQ) é um instrumento desenvolvido por Goldberg na década de 70 e que tem como objetivo detetar distúrbios psiquiátricos em ambientes comunitários. Traduzido em 38 línguas e devidamente testado nas suas propriedades psicométricas, este questionário é de fácil aplicação e preenchimento. È uma ferramenta utilizada em pesquisas da área da saúde ocupacional e uma das vantagens é que permite comparações com os resultados obtidos noutros estudos (Jackson, 2007)

2.3.2.2.4. O Kidney Disease Questionnaire

O Kidney Disease Questionnaire (KDQ) é um questionário de qualidade de vida relacionada com a saúde, específico para doentes em processo de hemodiálise. Este instrumento foi desenvolvido a partir de entrevistas a doentes em programa de hemodiálise, através de entrevistas a médicos, enfermeiros e assistentes sociais desses doentes, e pela identificação de itens extraídos de questionários de qualidade de vida já existentes e com potencial relevância para os mesmos (Alvarez-Ude, Galán, Vicente, Alamo, Fernández-Reyes, Badía, 1997).

O KDQ é conduzido por entrevistador e contém 26 itens que abrangem cinco dimensões do estado de saúde. Para cada item o entrevistador exibe sete respostas possíveis das quais o entrevistado seleciona a mais adequada. O entrevistado deve contextualizar as suas respostas tendo em conta as duas semanas anteriores ao questionário. O quadro a seguir evidencia as dimensões, o número de itens e a pontuação máxima e mínima que se pode obter em cada item.

Tabela 8 – Descrição do instrumento Kidney Disease Questionnaire

DIMENSÃO	NÚMERO DE ITENS	PONTUAÇÃO Mínima e máxima
Sintomas físicos	6	6 – 42
Cansaço	6	6 – 42
Depressão	5	5 – 35
Relação com outros	6	6 – 42
Frustração	3	3 - 21

Fonte: Adaptado de Alvarez-Ude et al. (1997)

A pontuação de cada uma das dimensões corresponde à soma parcial de cada um dos itens que as compõem. A dimensão sintomas físicos tem a particularidade de ser específica para cada doente atendendo ao facto de os doentes se queixarem de uma grande variedade de sintomas. Inicialmente é pedido ao entrevistado que mencione de forma espontânea os sintomas físicos, depois mediante uma lista de 30 sintomas é pedido que indique os sintomas físicos manifestados nas duas últimas semanas, e por

fim o doente seleciona os seis que são mais importantes para a sua vida diária (Alvarez-Ude et al., 1997).

O KDQ permite distinguir entre os indivíduos que estão bem informados sobre a doença renal e o seu tratamento dos que não estão bem informados. A validação das propriedades psicométricas do instrumento indicou bons níveis de validade e de confiabilidade (Devins, Binik, Mandin, Letourneau, Hollomby, Barre, Prichard, 1990).

2.4 O Inquérito Nacional de Saúde

Os instrumentos de avaliação da saúde da população reconhecem-se como suportes importantes ao planeamento informado dos programas de saúde e à sua correta avaliação. As decisões sobre as intervenções na área da saúde, a monitorização das mesmas e a avaliação dos resultados nomeadamente o impacto das intervenções na saúde da população, baseiam-se cada vez mais na informação epidemiológica. Uma das formas de obter essas informações é através de inquéritos de saúde realizados junto às populações, prática que é utilizada na maior parte dos países desenvolvidos. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) promove e realiza um inquérito mundial de saúde que abrange diversos países.

O Gabinete de Estatísticas da União Europeia Comunidade (EUROSTAT) é a organização estatística da Comissão Europeia, responsável pela produção de dados estatísticos para a União Europeia, promovendo a harmonização dos métodos estatísticos praticados pelos estados membros. Para a obtenção de dados e informação na área da saúde, existem dois inquéritos importantes que integram o sistema europeu de inquéritos da saúde. O European Health Interview Survey (EHIS) que é um inquérito europeu de saúde por entrevista, já aplicado em vários países, e que possibilita obter dados e informação de saúde. A próxima aplicação do inquérito está prevista para 2013-2014, após revisão do questionário anteriormente utilizado (European Commission, 2013a, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>). Encontra-se em preparação um inquérito Europeu de Saúde, com exame físico o European Health Examination Survey (EHES).

Os estudos – piloto, já efetuados em 13 países foram encorajadores. (European Commission, 2013b, www.ehes.info/).

Em Portugal, o instrumento de medição em saúde e de recolha de informação relativa aos dados da população portuguesa é o Inquérito Nacional de Saúde (INS). A realização destes inquéritos visam dar resposta as recomendações nacionais, do Conselho Superior de Estatística, e internacionais, do Eurostat, de manter uma periodicidade quinquenal para obtenção de indicadores de saúde. Os INS são operações estatísticas realizadas através de inquérito por entrevista e têm como objetivo obterem indicadores do estado de saúde e fatores que o determinam, para a população portuguesa residente.

2.4.1. Edições do Inquérito Nacional de Saúde

A primeira referência ao INS data de 1978, altura em que foi reconhecida a necessidade de obter dados de morbilidade de base populacional no nosso país. A informação recolhida para obtenção desses dados, era de base administrativa e recolhia dados sobre diagnósticos e intervenções cirúrgicas nos hospitais centrais (Dias, 2009). Era ainda possível obter alguma informação através do Ministério dos Assuntos Sociais que geria um sistema de notificações de baixas por doença. A caracterização da morbilidade era ainda completada por um outro sistema que fornecia dados sobre doenças profissionais.

A criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, veio acentuar a necessidade de obter informação sobre a morbilidade de base populacional que justificasse a aplicação de algumas políticas e mudanças organizacionais na área da saúde (Dias, 2009).

As atividades preparatórias para realização dos inquéritos de saúde decorreram entre 1980 e 1982, e incluiu um estudo piloto que decorreu na área da grande Lisboa e numa zona rural da região de Coimbra. Entre 1983 e 1985 decorreram inquéritos de âmbito regional na região metropolitana de Lisboa.

O primeiro INS teve lugar pela primeira vez em 1987, por iniciativa do Ministério da Saúde, através do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS). O segundo INS decorreu em 1995/1996, e foi planeado e executado no âmbito da Direção-

Geral de Saúde (DGS). Esta organização iniciou a fase de planeamento do terceiro INS efetivado em 1998/1999, mas o trabalho de campo foi coordenado pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA).

O planeamento e preparação do 4º INS que decorreu em 2005/2006 couberam ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Para a realização do questionário foi celebrado um contrato de parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), que também coordenou o trabalho de campo. A Direção Geral de Saúde participou na formulação do questionário, acompanhamento de trabalho de campo, codificação dos dados e no plano de apuramento.

Além dos inquéritos de âmbito nacional têm-se realizado Inquéritos Regionais, nomeadamente em 1989, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, em 1990 na Região Norte, em 1991, na Região do Alentejo e em 1993, na Região do Algarve (Dias, 2009; INE e INSA, 2009)

2.4.2. Características gerais do 4º Inquérito Nacional de Saúde

Os primeiros três inquéritos nacionais de saúde utilizaram amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental. O 4º INS, realizado entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006, foi o primeiro com abrangência a todo o território nacional, apresentando resultados para o Continente e para as regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Não foi incluída em nenhum dos inquéritos realizados, a população residente em instituições, à semelhança do que acontece na maior parte dos países europeus (Aromaa, Koponen, Tafforeau, Vermeire, & National Public Health Institute, 2003).

O 4º INS foi também o primeiro em que os resultados não correspondem a valores amostrais, reportando ao total da população residente em Portugal, através da aplicação de um método matemático que expande as respostas individuais, atendendo à composição etária e ao sexo (INE e INSA, 2009).

A preparação do 4º INS implicou a alteração do conteúdo do questionário, nomeadamente o ajustamento do modelo de aplicação em algumas áreas, a realização de um pré-teste ao questionário, e a realização de ações de formação a formadores, equipas de campo e equipa de codificação. O 4º INS utilizou quatro novas áreas temáticas de inquirição, tendo sido alterados e alargados os conteúdos das restantes onze áreas de inquirição, garantindo-se sempre que possível, a comparabilidade com os inquéritos anteriores, à exceção da área de atividade física, totalmente modificada. As reformulações tiveram em conta as recomendações dos organismos internacionais, nomeadamente da OMS e do EUROSTAT.

Destas reformulações resultou um tempo de entrevista superior ao recomendado internacionalmente (máximo de 1 hora para cada entrevista). Este facto levou a que as áreas de inquirição fossem distribuídas em dois grupos: um grupo aplicado ao longo de todo o ano e outro grupo cujas áreas temáticas seriam, cada uma delas aplicadas num dos trimestres do trabalho de campo e de forma rotativa.

O questionário final do 4º INS apresenta assim, um núcleo central com onze áreas temáticas de informação, aplicadas nos quatro trimestres, e seis outras áreas aplicadas de forma rotativa apenas num dos quatro trimestres. A população do 4º INS abrangeu os indivíduos que residiam em alojamentos familiares em Portugal, à data da realização das entrevistas, tendo-se excluído a população residente em alojamentos coletivos e outros alojamentos não clássicos.

No âmbito de um processo de controlo de qualidade do trabalho de campo, foram reinquiridas duas vezes, 10% das unidades de alojamento, por entrevistadores diferentes com um intervalo de três semanas em relação à entrevista original.

A taxa de realização de entrevistas foi de 76% e a causa de não realização mais frequente foi “unidade de alojamento não habitada”. As ausências de curta duração caracterizadas pela dificuldade de encontrar os inquiridos nas unidades de alojamento em horários apropriados para a realização de entrevistas, foram predominantes na região de Lisboa e Vale do Tejo. Outra causa de não realização prende-se com a recusa das pessoas contactadas em fornecerem informação.

3. METODOLOGIA

A informação sobre o estado de saúde da população, os fatores que determinam esse estado de saúde e a utilização dos cuidados de saúde constituem-se como uma importante base de apoio ao planeamento em saúde. A recolha de dados sobre a população portuguesa que permitem a determinação e evolução de estados de saúde e de doença é feita em Portugal através da aplicação do INS.

3.1 Origem dos dados

O trabalho desenvolvido nesta dissertação tem por base os dados obtidos através do 4º INS realizado em 2005/2006.

3.1.1 Distribuição da amostra do 4º INS

A amostra para o 4º INS foi selecionada a partir de uma Amostra-Mãe e esta foi retirada a partir dos resultados apurados no Recenseamento da População e Habitação de 2001, o Censos 2001, com recurso a uma estratificação de nível III da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). Esta amostra é representativa das cinco regiões administrativas (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Após uma primeira seleção de amostras de freguesias, foi selecionada uma amostra de unidades de alojamento dentro de cada freguesia e sobre estas foram selecionadas aleatoriamente as unidades de alojamento a incluir no INS. A informação colhida reportou-se a todos os indivíduos dos alojamentos selecionados habitualmente aí residentes (Dias, 2009).

Em cada uma das regiões NUTS II (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira) as entrevistas foram distribuídas homoganeamente pelas 52 semanas a fim de captar eventuais variações sazonais. As unidades de alojamento foram distribuídas homoganeamente por cada trimestre de forma a distribuir a carga de trabalho de campo ao longo do ano.

O número de alojamentos a visitar foi definido tendo como base o número médio de indivíduos por alojamento de residência principal, com base no Censos 2001. A recolha de dados abrangeu 41193 indivíduos, residentes em Portugal. A tabela seguinte apresenta a dimensão da amostra por unidades de alojamento, e por número de indivíduos inquiridos, em cada uma das regiões NUTS II.

Tabela 9 – Dimensão da amostra e sua distribuição por NUTS II

NUTS II	Dimensão (unidades de alojamento)	Número de indivíduos
Norte	2604	6048
Centro	3048	5927
Lisboa e Vale do Tejo	3328	5981
Alentejo	3045	5764
Algarve	3220	6152
Região Autónoma dos Açores	2304	5957
Região Autónoma da Madeira	2401	5328
TOTAL	19950	41193

Fonte: INE e INSA (2009); Base de dados do 4º INS

Alguns condicionalismos do questionário impuseram o cálculo de ponderadores, cuja aplicação foi sujeita às variáveis inquiridas e ao âmbito temporal (número de semanas de inquirição, que condiciona o número de indivíduos que responderam ao inquérito). Os ponderadores aplicados permitiram expandir os dados recolhidos junto dos respondentes para a população residente. Estes ponderadores não foram considerados no presente estudo.

3.1.2 Conteúdo do questionário

As áreas temáticas aplicadas à amostra total de alojamentos selecionados abrangeram a caracterização sociodemográfica, informações gerais de saúde, incapacidade temporária, doenças crónicas, cuidados de saúde, consumo de medicamentos, despesas e rendimentos, consumo de tabaco, consumo de alimentos e bebidas, saúde reprodutiva e planeamento familiar e saúde mental. As áreas aplicadas apenas num dos quatro trimestres foram a incapacidade de longa duração (1º trimestre), a atividade física (2º trimestre), a saúde oral e cuidados preventivos (3º trimestre), e a qualidade de vida e insegurança alimentar (4º trimestre). Estas questões foram aplicadas somente a ¼ dos alojamentos da amostra total.

3.2 Objetivos do estudo

A partir do conhecimento das questões que compõem o 4º INS, foram definidos para este estudo os seguintes objetivos:

- Criar um Índice de Qualidade de Vida em Saúde
- Determinar os Índices de Qualidade de Vida em Saúde da população portuguesa submetida ao 4º INS
- Comparar os Índices de Qualidade de Vida em Saúde entre vários grupos populacionais
- Estabelecer os fatores que influenciam os valores obtidos no Índice de Qualidade de Vida em Saúde

3.3 Etapas de desenvolvimento do estudo

3.3.1 Seleção das questões e dos indicadores

A primeira fase do trabalho consistiu na análise do questionário e dos dados recolhidos através do 4º INS. Vários fatores ponderaram na seleção das questões. Um fator a considerar foi a necessidade de obter informação pertinente para o estudo pretendido, tendo em atenção a importância de abordar simultaneamente aspetos sociais, demográficos, económicos e gerais de saúde. Outro fator teve a ver com a completa disponibilidade de informação para cada observação. Por fim teve que se considerar a escolha de uma das áreas aplicadas a um trimestre por forma a garantir que para cada indivíduo existia informação para todas as perguntas selecionadas.

Verificadas as várias condicionantes, o resultado da análise resultou num conjunto de questões essenciais, a partir das quais se definiu os indicadores que iriam constituir o Índice de Qualidade de Vida em Saúde. Atendendo ao objetivo do estudo, a área selecionada recaiu sobre ‘Qualidade de vida’, aplicada no 4º trimestre.

Alguns dos indicadores resultaram da conjugação de duas ou três questões do questionário. O indicador IMC (Índice de Massa Corporal) é uma medida do grau de obesidade e calcula-se dividindo o peso pelo quadrado da altura [IMC= (Peso/Altura²)]. Este é um dos exemplos de agregação de duas questões do 4º INS, no qual a aplicação da fórmula impôs a utilização das questões ‘Qual é a sua altura sem sapatos?’ e ‘Quanto pesa sem roupas e sem sapatos?’. A classificação do IMC foi baseada na classificação internacional do Índice de Massa Corporal definido pela OMS (WHO, Global Database on Body Mass Index)

Outros indicadores resultaram de procedimento idêntico no que respeita a necessidade de fusão de várias questões. São exemplo os indicadores que abordam a incapacidade física temporária, o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. As questões selecionadas do 4º INS, a escolha e denominação dos indicadores do Índice de Qualidade de Vida em Saúde e as respetivas questões de onde derivam os dados, podem ser observados na tabela a seguir.

Tabela 10 – Perguntas do 4º INS selecionadas e respetivos indicadores

Indicadores	Perguntas do 4º INS
Entidade de saúde da qual beneficia	2.4 - De qual das entidades é beneficiário em matéria de cuidados de saúde?
Idas ao médico nos últimos três meses	6.1 - Nos últimos três meses, quantas vezes é que consultou o médico?
Seguro de saúde e grau de cobertura	2.6 - Tem algum seguro de saúde? 2.7 - Quais os riscos cuja cobertura ele lhe garante?
IMC = Kg/m²	2.2 - Qual é a sua altura sem sapatos? 2.3 - Quanto pesa sem roupas e sem sapatos?
Incapacidade física temporária e sensação de mal-estar (em duas semanas)	3.1 - Nestas duas últimas semanas, quantos dias deixou de fazer alguma das coisas que habitualmente faz, seja em casa, no trabalho ou no tempo livre, devido a doença, violência ou a motivos relacionados com a saúde (consultas, análises, radiografias, tratamentos, internamentos, etc.)? 3.4 - Nestas duas últimas semanas, sentiu-se mal ou esteve adoentado?
Ausência de diabetes	5.1 - Tem ou já teve diabetes?
Ausência de asma	5.10 - Tem ou já teve asma?
Ausência de tensão arterial alta	5.16 - Tem ou já teve tensão arterial alta?
Ausência de dor crónica	5.21 - Tem ou já teve alguma dor crónica (dor constante ou repetitiva durante pelo menos três meses)?
Ausência de outras doenças crónicas	5.24 - Tem ou já teve alguma ou algumas destas outras doenças crónicas que vou referir?
Estado psicológico " nervoso"	15.1 - Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu muito nervoso?
Estado psicológico " deprimido"	15.2 - Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu tão deprimido que nada o animava?
Estado psicológico " calmo e tranquilo"	15.3 - Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu calmo e tranquilo?
Estado psicológico " triste/desanimado" e "em baixo/abatido"	15.4 - Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu triste/desanimado e em baixo/abatido?
Estado psicológico " feliz"	15.5 - Nas últimas 4 semanas, quanto tempo se sentiu feliz?
Perceção da energia	17.3 - Tem a energia suficiente para o seu dia-a-dia?
Grau de satisfação com o uso das capacidades	17.4 - Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para realizar as suas atividades diárias?
Satisfação com as condições ambientais	17.8 - Até que ponto está satisfeito com as condições do local onde vive?
Rendimento mensal	10.7 - Indique qual a letra que mais se aproxima do rendimento (ganho) total desta família no mês passado. Inclua nesse rendimento os ordenados, salários, honorários, rendas e pensões, abonos, subsídios, etc., de todas as pessoas.
Independência económica	17.7 - Tem o dinheiro suficiente para enfrentar as suas necessidades?

Tabela 10 (Cont.) – Perguntas do 4º INS selecionadas e respetivos indicadores

Consumo diário de tabaco	11.1 - Fuma? 11.2 - Em relação às duas últimas semanas, fumou? 11.4 - Quantos cigarros fuma em média por dia?
Exposição a ambientes fechados com fumadores	11.14 - Ao longo da semana, quanto tempo está em espaços fechados junto de fumadores?
Refeições principais diárias	12.1 - Quantas refeições principais é que toma habitualmente por dia?
Consumo de vinho	12.6.1 - Nos últimos 12 meses tomou vinho? 12.8 - Quantos destes copos ou garrafas é que bebeu em média por dia?
Consumo de cerveja	12.6.2 - Nos últimos 12 meses tomou cerveja? 12.10 - Quantos copos ou garrafas bebeu em média por dia?
Consumo de bagaço/ aguardente / brandy	12.6.3 - Nos últimos 12 meses tomou bagaço/ aguardente / brandy? 12.12 - Quantos destes copos bebeu, em média, por dia?
Consumo de vinho do porto/ martini/ licores	12.6.4 - Nos últimos 12 meses tomou vinho do porto/ martini/ licores? 12.14 - Quantos copos bebeu, em média, por dia?
Consumo de whisky/ gin/ vodka	12.6.5 - Nos últimos 12 meses tomou whisky/ gin/ vodka? 12.16 - Quantos destes copos bebeu, em média, por dia?

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, 4º INS - Questionário

3.3.2 Construção do Índice e atribuição das ponderações

A etapa seguinte centrou-se essencialmente na estruturação do índice e na atribuição de ponderações a cada um dos indicadores. Os pesos foram distribuídos de modo a que a soma do conjunto dos indicadores que formam o índice correspondesse a 100. Cada indicador foi desagregado e atribuídas as ponderações respetivas. O valor total de Índice de Qualidade de Vida em Saúde pode variar de 0 a 100, sendo que 0 corresponde à pior condição possível e 100 à melhor possível.

A organização do índice, a desagregação da estrutura base do mesmo e as respetivas ponderações são evidenciadas na tabela que se mostra a seguir.

Tabela 11 – Indicador de qualidade de vida em saúde

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão A)

Indicadores	Ponderações
Qualidade de vida em saúde	100
Utilização dos cuidados de saúde	10,5
Entidade de saúde da qual beneficia	3
ADSE/ SSMJ/ ADMA/ ADFA/ ADME/ SAD-PSP/ SAD-GNR/ SAMS/ Outros	3
Serviço Nacional de Saúde/ Serviço Regional de Saúde	0
Idas ao médico nos últimos três meses	1,5
0 a 1 vez	1,5
2 a 3 vezes	1
4 a 6 vezes	0,5
mais do que 6 vezes	0
Seguro de saúde e grau de cobertura	6
Com seguro de saúde e grau de cobertura de:	
Todos os riscos	6
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos	4
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	2
Outras combinações de riscos	1
Apenas internamento	0,75
Sem seguro de saúde	0
Apreciação do estado de saúde	12
IMC = Kg/m²	6
< 18,5 - Baixo peso	4,5
18,5 - 24,99 - Peso normal	6
25,00 - 29,99 - Pré-obeso	4,5
30,00 - 34,99 - Obeso grau I	2,5
35,00 - 39,99 - Obeso grau II	1
≥ 40,00 - Obeso grau III	0
Incapacidade física temporária e sensação de mal-estar (em duas semanas)	6
Sem incapacidade física e sem sensação de mal-estar	6
Sem incapacidade física mas com sensação de mal-estar	5
Com incapacidade física:	
1 a 2 dias	3
3 a 4 dias	1
5 a 7 dias	0,5
≥ 8 dias	0
Doenças crónicas	17
Ausência de diabetes	3
Ausência de asma	3
Ausência de tensão arterial alta	3
Ausência de dor crónica	3,5
Ausência de outras doenças crónicas	4,5

Tabela 11 (Cont.) – Indicador de qualidade de vida em saúde

Sofrimento psicológico		15
Estado psicológico " nervoso"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " deprimido"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " calmo e tranquilo"	3	
Sempre	3	
A maior parte do tempo	2,75	
Bastante tempo	2	
Algum tempo	1	
Pouco tempo	0,5	
Nunca	0	
Estado psicológico " triste/desanimado" e "em baixo/abatido"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " feliz"	3	
Sempre	3	
A maior parte do tempo	2,75	
Bastante tempo	2	
Algum tempo	1	
Pouco tempo	0,5	
Nunca	0	
Apreciação da qualidade de vida		11
Perceção da energia	4	
Tenho toda a energia	4	
Tenho geralmente	3	
Tenho alguma	1,5	
Tenho muito pouca	0,5	
Não tenho nenhuma	0	
Grau de satisfação com o uso das capacidades	4	
Muito satisfeito(a)	4	
Satisfeito(a)	3	
Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	1,5	
Insatisfeito(a)	0,5	
Muito insatisfeito(a)	0	
Satisfação com as condições ambientais	3	
Muito satisfeito(a)	3	
Satisfeito(a)	2	
Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	1	
Insatisfeito(a)	0,5	
Muito insatisfeito(a)	0	

Tabela 11 (Cont.) – Indicador de qualidade de vida em saúde

Condição económica		13
Rendimento mensal	10	
> 2000 euros	10	
> 1500 e ≤ 2000 euros	8	
> 1200 e ≤ 1500 euros	6	
> 900 e ≤ 1200 euros	4	
> 700 e ≤ 900 euros	3	
> 500 e ≤ 700 euros	2	
> 350 e ≤ 500 euros	1,5	
> 250 e ≤ 350 euros	1	
> 150 e ≤ 250 euros	0,5	
≤ 150 euros	0	
Independência económica	3	
Tenho completamente	3	
Geralmente tenho	2	
Tenho algum	1	
Um pouco	0,5	
De modo nenhum	0	
Hábitos de vida		21,5
Consumo diário de tabaco	3	
Não fuma	3	
Fuma ocasionalmente:		
e não fumou nas duas últimas semanas	2,5	
e fumou ocasionalmente nas duas últimas semanas	2	
mas fumou diariamente nas duas últimas semanas	1,5	
Fuma diariamente:		
entre 1 a 3 cigarros	1,5	
entre 4 e 10 cigarros	1	
entre 11 e 20 cigarros	0,5	
mais do que 20 cigarros	0	
Exposição a ambientes fechados com fumadores	2	
Nunca	2	
Pouco tempo	1,5	
Algum tempo	1	
Bastante tempo	0,75	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Refeições principais diárias	4	
3 refeições	4	
2 refeições	2	
1 refeição	1	
nenhuma	0	
Consumo de vinho	2,5	
Não consumiu vinho	2,5	
Consumo diário de vinho:		
≤ 2 copos	2	
> 2 e ≤ 4 copos	1	
> 4 e ≤ 6 copos	0,5	
> 6 copos	0	
Consumo de cerveja	2,5	
Não consumiu cerveja	2,5	
Consumo diário de cerveja:		
≤ 2 copos	1,5	
> 2 e ≤ 4 copos	1	
> 4 e ≤ 6 copos	0,5	
> 6 copos	0	

Tabela 11 (Cont.) – Indicador de qualidade de vida em saúde

Consumo de bagaço/ aguardente / brandy	2,5
Não consumiu bagaço/ aguardente / brandy	2,5
Consumo diário de bagaço/ aguardente / brandy	
≤ 1 copo	1
> 1 e ≤ 2 copos	0,5
> 2 copos	0
Consumo de vinho do porto/ martini/ licores	2,5
Não consumiu vinho do porto/ martini/ licores	2,5
Consumo diário de vinho do porto/ martini/ licores	
≤ 2 copos	1
> 2 e ≤ 4 copos	0,5
> 4 copos	0
Consumo de whisky/ gin/ vodka	2,5
Não consumiu whisky/ gin/ vodka	2,5
Consumo diário de whisky/ gin/ vodka	
≤ 1 copo	1
> 1 e ≤ 2 copos	0,5
> 2 copos	0

Fonte: INE e INSA (2009); Base de dados do 4º INS; Questionário do 4º INS. Elaboração própria

3.3.3 Seleção da amostra

Conforme anteriormente exposto, a recolha total dos dados do 4º INS envolveu 41193 indivíduos residentes em Portugal e para este estudo, o 4º trimestre foi o selecionado para fornecer algumas das questões que iriam integrar a estrutura do Índice de Qualidade de Vida em Saúde.

Considerando o estabelecido, o número de observações com que pudemos contar reportam-se somente aos indivíduos que responderam no 4º trimestre. Assim sendo a amostra para o estudo a desenvolver compreendeu somente 9837 indivíduos. A este número de indivíduos foi aplicado o Índice de Qualidade de Vida em Saúde.

Algumas das observações apresentavam respostas que inviabilizavam o cálculo correto do Índice, pelo que a seguir, houve que extrair as observações que apresentavam respostas não válidas (‘não responde’ ou ‘não sabe’). Assim, a amostra do estudo equivale exclusivamente ao número de observações para as quais foi possível garantir a informação plena para o cálculo do Índice. Deste modo a amostra final corresponde a 2187 indivíduos, o que corresponde somente a cerca de 22,23% da amostra inicial.

3.3.4 Versões do Índice de Qualidade de Vida em Saúde e amostras correspondentes

Tendo em conta a redução significativa da amostra inicial e considerando a importância para o estudo em poder contar com o maior número de observações possível e conjuntamente poder obter o máximo de informação, avaliou-se a necessidade de reformular o índice inicial de modo a que pudesse responder aos objetivos pretendidos.

Assim, foram identificadas as questões que mais contribuía com respostas que inviabilizavam o cálculo do índice. Apurou-se que as questões relativas à quantidade ingerida de bebidas alcoólicas apresentavam uma percentagem significativa de respostas não válidas.

Deste modo optou-se por retirar do índice as questões: 12.8, 12.10, 12.12, 12.14 e 12.16 – ‘Quantos copos (ou garrafas) é que bebeu, em média, por dia?’, respetivamente referentes às quantidades de vinho, cerveja, bagaço/aguardente/brandy, vinho do porto/martini/licores e whisky/gin/vodka.

Posteriormente houve que adaptar os indicadores do índice, no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas. As ponderações de cada um destes indicadores não sofreram alterações. Destas alterações resultou um novo Índice de Qualidade de Vida em Saúde que passámos a designar como ‘Versão B’ (Anexo 1). Após as alterações indicadas, a amostra final de observações válidas para o estudo passou a ser de 4261 indivíduos, o que corresponde ainda assim só a cerca de 43,3% da amostra inicial. A versão inicial do índice passou a denominar-se ‘Versão A’.

Manifestamente ainda aquém da amostra inicial optou-se por uma nova estratégia. Apurou-se que grande percentagem das questões que inviabilizavam o cálculo do índice se deviam à restrição dada pelo próprio questionário de que algumas questões só poderiam ser respondidas apenas por indivíduos com 15 anos ou mais e sendo o próprio a responder. Com esta limitação encontravam-se todas as questões da área de ‘Saúde Mental’, bem como todas as questões da área de ‘Qualidade de vida’, esta última inquirida no 4º trimestre.

A estratégia pensada, no sentido de garantir um valor mais elevado de observações a incluir no estudo, reduzindo questões com respostas inválidas, foi optar pela exclusão das áreas atrás referidas. Com esta solução, deixava de existir a restrição inicialmente considerada de só poder incluir no estudo os indivíduos que tinham respondido no 4º trimestre. Passámos então a poder abranger o total da população inquirida, ou seja os 41193 indivíduos residentes em Portugal.

Determinada esta nova circunstância, houve que reorganizar a estrutura do índice, e redistribuir as ponderações. À ‘Versão A’ do Índice de Qualidade de Vida em Saúde foi-lhe retirada as questões das áreas de ‘Saúde Mental’ e de ‘Qualidade de vida’, e atribuídas novas ponderações, gerando deste modo a ‘Versão C’ (Anexo 2). De igual modo a ‘Versão B’, seguindo a mesma orientação, deu origem à ‘Versão D’ (Anexo 3).

Tal como sucedeu com as versões anteriores, após serem aplicados os respetivos índices à população total inquirida no 4º INS, houve que extrair as observações que apresentavam respostas não válidas. Verificadas as observações que apresentavam informação completa para todas as questões, a amostra final que conseguimos obter pela aplicação do índice ‘Versão C’ é de 14201 indivíduos, e pela ‘Versão D’ é de 26315. A tabela a seguir resume as amostras finais a considerar para cada um dos índices.

Tabela 12 - Amostras afetas aos Índices de Qualidade de Vida em Saúde

População total inquirida no 4º INS: 41193				
Índice de Qualidade de Vida em Saúde	Versão A	Versão B	Versão C	Versão D
Nº de observações da amostra	2187	4261	14201	26315

Estes são os valores amostrais com os quais iremos trabalhar no prosseguimento do estudo. Cada uma das amostras passará a designar-se de acordo com a versão do índice a que se refere. Assim as amostras ‘A’, ‘B’, ‘C’ e ‘D’, correspondem respetivamente às versões ‘A’, ‘B’, ‘C’ e ‘D’ do Índice de Qualidade de Vida em Saúde.

3.4 Variáveis do estudo e desenvolvimento estatístico da pesquisa

No âmbito do estudo pretendido foram definidas as seguintes variáveis:

- Variável dependente: Índice de Qualidade de Vida em Saúde
- Variáveis independentes: Localização geográfica (NUTS II), Género (Sexo), Idade, Anos de escolaridade com aproveitamento, Situação civil e conjugal, Ocupação principal, e Número de horas de trabalho semanal

Para a concretização dos objetivos propostos e atendendo às variáveis estabelecidas, foram consideradas as seguintes hipóteses:

1. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pela localização geográfica
2. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pelo género (sexo)
3. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pela idade
4. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pelos anos de escolaridade com aproveitamento
5. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pela situação civil e conjugal
6. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pela ocupação principal
7. A Qualidade de Vida em Saúde é influenciada pelo número de horas de trabalho semanal

A primeira parte do tratamento estatístico da pesquisa iniciou-se com a caracterização sociodemográfica das amostras. Utilizou-se a análise descritiva univariada com recurso à distribuição das frequências relativas.

A etapa seguinte consistiu numa análise descritiva univariada das variáveis independentes e da variável dependente. Por fim foi realizada uma análise inferencial das variáveis do estudo, o que permitiu concluir os objetivos do estudo e fundamentar as conclusões retiradas. Para tal foram utilizados testes estatísticos paramétricos e não paramétricos.

Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov em amostras superiores a 50 elementos ou o de Shapiro-Wilk em amostras inferiores a 50

elementos. Considerou-se ainda uma distribuição aproximadamente normal, as amostras superiores a 30 elementos, cujas variáveis não apresentavam distribuição normal, com base no Teorema do Limite Central. Para testar a homogeneidade das variâncias foi aplicado o teste de Levene.

Utilizaram-se os testes paramétricos, T à igualdade de duas médias, o teste One-way ANOVA e testes de comparação múltipla (teste de Scheffé). No caso de impossibilidade de aplicação do teste One-way ANOVA (distribuição não normal ou não homogeneidade da variâncias) utilizou-se o teste não paramétrico Kruskal-Wallis.

Para a análise da relação entre variáveis qualitativas nominais e ordinais foi utilizado o teste de independência do Qui-quadrado.

O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de 5%. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica das amostras

A recolha de dados através do 4º INS foi realizada a 15457 famílias, o que envolveu 41193 indivíduos. Cada uma das amostras resulta de um processo de seleção, em que foram extraídas as observações que apresentavam respostas não válidas.

4.1.1 Amostra A

Esta amostra integra 2187 indivíduos, sendo o Alentejo a região com maior representatividade nesta amostra (18,02%). Mais de metade dos indivíduos (63,24%) é do género feminino. O grupo etário mais representativo nesta amostra é o dos 70 aos 74 anos com 11,52%, seguido do grupo etário dos 65 aos 69 anos com 9,83%. Em matéria de cuidados de saúde a entidade de que beneficiam é essencialmente o sistema nacional e regional de saúde (respetivamente com 62,2% e 19,7%). O subsistema com mais expressão é a ADSE com 14,1%. O estado civil com maior predomínio é o casado representando 68,6% dos indivíduos.

Quase um quarto dos indivíduos da amostra (23%) referem não ter nenhum nível de ensino e 41,9% só frequentaram o ensino básico. A amostra engloba essencialmente trabalhadores ativos (50,3%) e reformados (42,8%). O rendimento mensal familiar declarado é de 700 euros ou menos em quase metade da amostra (47%). A classe mais elevada do rendimento ('Mais de 2000 euros') é declarada por 7,6% dos indivíduos.

Em termos de hábitos de vida, as três principais refeições diárias são mantidas por 93% da amostra, 86,6% refere não ter hábitos tabágicos e cerca de 65% não consome bebidas alcoólicas. Não obstante 76,1% dos indivíduos referir ter pelo menos uma doença

crónica, quase metade da amostra (49,8%) refere estar satisfeita e muito satisfeita com a sua saúde, mais de metade dos indivíduos (69,3%) refere estar satisfeita consigo próprio e 63,1% refere sentir-se satisfeito e muito satisfeito com as capacidades para realizar as suas atividades diárias.

4.1.2 Amostra B

Nesta amostra com 4261 indivíduos, a Região Autónoma da Madeira é a região NUTS II que surge com menor destaque (9,5%). O resto da amostra distribui-se pelas outras regiões de forma relativamente homogénea. Mais de metade dos indivíduos (53,20%) é do género feminino embora com menos representatividade do que na amostra anterior. A distribuição da amostra por grupos etários é mais homogénea, mantendo-se os valores baixos no grupo etário dos 15 aos 19 e no grupo com mais de 85 anos (respetivamente 0,7% e 1,8%). Em matéria de cuidados de saúde a entidade de que beneficiam é essencialmente o sistema nacional e regional de saúde (respetivamente com 61,9% e 17,8%). O subsistema com mais expressão é a ADSE com 15,2%. O estado civil casado é representativo de 70,8% dos indivíduos.

O nível de ensino predominante na amostra é o ensino básico- 1º ciclo com 38,5%, ainda assim 16,15% refere não ter nenhum nível de ensino. A amostra engloba essencialmente trabalhadores ativos (58,7%) e reformados (34,3%). Mais de metade da amostra (53,4%) declarou um rendimento mensal familiar abaixo dos 900 euros. A classe mais elevada do rendimento ('Mais de 2000 euros') é declarada por 11,1% dos indivíduos. Na avaliação dos hábitos de vida, 92% refere manter as 3 refeições principais diárias, 81,3% refere não ter hábitos tabágicos e só cerca 33,6% não consome qualquer tipo de bebidas alcoólicas. Não obstante 70,9% dos indivíduos referir ter pelo menos uma doença crónica, mais de metade da amostra (58,2%) refere estar satisfeita e muito satisfeita com a sua saúde, mais de metade dos indivíduos (63,3%) refere estar satisfeita consigo próprio e 71% refere sentir-se satisfeito e muito satisfeito com as capacidades para realizar as suas atividades diárias.

4.1.3 Amostra C

Esta amostra engloba 14201 indivíduos, sendo o Alentejo novamente a região com maior representatividade da amostra (17,39%), sendo que 56,0% são indivíduos do género feminino. A distribuição por grupos etários demonstra maior homogeneidade, e os grupos etários dos 15 aos 19 e no grupo com mais de 85 anos apresentam-se mais expressivos (1,6% e 2,6% respetivamente). Beneficiando do sistema nacional e regional de saúde temos respetivamente 63,8% e 19,7% da amostra, sendo a ADSE o subsistema mais representativo com 12,2%. O estado civil casado compreende a maioria dos indivíduos com 63,7%. A frequência de ensino básico- 1º ciclo foi referida por 37,4% dos indivíduos e 20,2% referiu não possuir nenhum nível de ensino.

Nesta amostra os trabalhadores ativos correspondem a 58,1% e os reformados a 34,8%, e o rendimento mensal familiar declarado é de 900 euros ou menos em mais de metade da amostra (58%). A classe mais elevada do rendimento ('Mais de 2000 euros') é declarada por 9,2% dos indivíduos. As três refeições diárias é um hábito de vida em 92,6% dos indivíduos, com 82,8% a referir não ter hábitos tabágicos e cerca de 64,9% a não consumir qualquer tipo de bebidas alcoólicas. As doenças crónicas afetam 67,4% dos indivíduos da amostra.

4.1.4 Amostra D

Esta amostra engloba 26315 indivíduos que se distribuem geograficamente de forma idêntica pelas regiões NUTS II. A maior representatividade da amostra pertence ao género masculino com 53,61% dos indivíduos. Confirma-se a maior homogeneidade na distribuição por grupos etários, e mantem-se a menor representatividade nos grupos etários mais baixos bem como nos mais elevados. Beneficiam do sistema nacional e regional de saúde respetivamente 62,8% e 18,7% dos indivíduos da amostra, e a ADSE continua a ser o subsistema mais representativo com 13,2%. O estado civil casado corresponde à maioria dos indivíduos com 66,3%. A frequência de ensino básico- 1º ciclo foi referida por 36,1% dos indivíduos e 14,6% referiu não possuir nenhum nível de ensino.

Nesta amostra os trabalhadores ativos correspondem a 65,0% e os reformados a 28,0%. O rendimento mensal familiar declarado de 900 euros ou menos continua a ser o referido por mais de metade da amostra (51,8%). O rendimento de mais de 2000 euros é declarado por 11,6% dos indivíduos. No que se refere aos hábitos de vida a amostra revela que 91,9% dos indivíduos faz 3 refeições diárias, 77,3% refere não ter hábitos tabágicos e cerca de 35% não consome qualquer tipo de bebidas alcoólicas. As doenças crónicas afetam 65,1% dos indivíduos da amostra.

4.2 Análise descritiva das variáveis independentes

Algumas variáveis definidas resultaram da agregação de duas variáveis ou da categorização e recodificação de uma variável. Assim as variáveis, q14 - ‘Estado civil legal’ e q15 - ‘Vive conjugalmente com alguém?’, foram agregadas resultando na variável q14_q15_est_civil - ‘Situação civil e conjugal’, a qual foi codificada com 10 categorias.

A variável q112 - ‘Nº habitual de horas semanais que trabalha (trabalhava) na profissão’, foi agrupada tendo em conta o descrito no relatório da OCDE que analisa a definição de *part-time* e *full-time* entre diferentes países e compara essa distinção com base num número de horas limite (van Bastelaer, Lemaître, & Marianna, 1997). Segundo este relatório e de acordo com a pesquisa efetuada, a definição de trabalho em *part-time* assente no limiar das 30 horas parece ser o mais apropriado para efeitos de comparação internacional.

Assim, a referida variável foi agrupada em quatro categorias e recodificada, tendo-se gerado a variável q112_RECOD - ‘Horas de trabalho semanal’. A categoria mais baixa “1 – 30” horas equivale ao trabalho em *part-time*. O trabalho em *full-time* foi agrupado em três categorias: ‘31-40’, ‘41-60’ e ‘61-90’.

Optou-se por apresentar a distribuição das variáveis, em simultâneo para todas as amostras, conforme consta da tabela a seguir:

Tabela 13 - Distribuição de frequências das variáveis independentes por amostra

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
NUTS II					
	Norte	11,43%	14,74%	13,27%	15,44%
	Centro	14,72%	15,14%	14,34%	14,52%
	Lisboa e Vale do Tejo	13,49%	14,64%	15,05%	14,93%
	Alentejo	18,02%	15,14%	17,39%	15,36%
	Algarve	15,68%	15,70%	14,57%	15,01%
	Região Autónoma dos Açores	15,73%	15,14%	11,23%	12,36%
	Região Autónoma da Madeira	10,93%	9,50%	14,15%	12,38%
GÉNERO					
	Masculino	36,76%	46,80%	43,96%	53,61%
	Feminino	63,24%	53,20%	56,04%	46,39%
IDADE					
	15-19	0,7%	0,7%	1,6%	1,4%
	20-24	2,4%	2,9%	5,8%	5,6%
	25-29	4,2%	4,8%	6,5%	7,3%
	30-34	4,9%	6,7%	6,6%	7,9%
	35-39	7,0%	9,0%	7,4%	9,0%
	40-44	8,0%	9,7%	8,2%	9,5%
	45-49	9,0%	9,8%	8,4%	9,5%
	50-54	8,6%	9,0%	7,6%	8,6%
	55-59	8,6%	8,8%	7,6%	8,1%
	60-64	8,2%	8,4%	7,3%	7,1%
	65-69	9,8%	8,8%	8,9%	7,8%
	70-74	11,5%	9,4%	9,4%	7,6%
	75-79	8,8%	6,5%	7,3%	5,5%
	80-84	5,3%	3,8%	4,7%	3,3%
	>=85	2,9%	1,8%	2,6%	1,7%
SITUAÇÃO CIVIL E CONJUGAL					
	Solteiro, vive conjugalmente com alguém	1,8%	2,2%	2,2%	2,5%
	Solteiro, não vive conjugalmente	9,9%	10,9%	17,2%	17,0%
	Casado, vive conjugalmente com alguém	63,9%	67,3%	60,6%	63,6%
	Casado, não vive conjugalmente	4,7%	3,4%	3,1%	2,6%
	Separado, vive conjugalmente com alguém	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
	Separado, não vive conjugalmente	0,7%	0,8%	0,5%	0,6%
	Divorciado, vive conjugalmente com alguém	0,6%	1,1%	0,8%	1,0%
	Divorciado, não vive conjugalmente	2,5%	3,1%	2,7%	3,1%
	Viúvo, vive conjugalmente com alguém	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%
	Viúvo, não vive conjugalmente	15,5%	10,3%	12,0%	8,6%
ANOS DE ESCOLARIDADE COM APROVEITAMENTO					
	Menos de 5 anos de escolaridade	64,7%	54,1%	57,1%	50,1%
	5 - 6 anos de escolaridade	9,4%	11,2%	10,6%	12,2%
	7 - 9 anos de escolaridade	10,3%	12,6%	13,0%	14,3%
	10 - 12 anos de escolaridade	8,6%	11,4%	11,2%	13,1%
	13 e mais anos de escolaridade	6,9%	10,7%	8,1%	10,4%

Tabela 13 (Cont.) - Distribuição de frequências das variáveis independentes por amostra

OCUPAÇÃO PRINCIPAL NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS				
Trabalhadores ativos	50,3%	58,7%	58,1%	65,0%
Desempregados	5,5%	5,8%	5,1%	5,4%
Reformados	42,8%	34,3%	34,8%	28,0%
Permanentemente incapacitado	1,1%	1,0%	1,5%	1,1%
Estágio não remunerado	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Outra situação	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%
HORAS DE TRABALHO SEMANAL				
1-30	11,5%	9,6%	9,7%	8,4%
31-40	61,0%	63,2%	62,9%	63,6%
41-60	24,2%	24,1%	23,7%	24,2%
61-90	3,3%	3,1%	3,7%	3,8%

A distribuição geográfica das amostras segundo as regiões NUTS II revela-se moderadamente homogénea. Nas amostras A e C distingue-se a região do Alentejo com uma representação geográfica mais elevada. A Região Autónoma da Madeira apresenta valores menos expressivos nas amostras A e B. A amostra D mostra-se como a mais homogénea em termos de distribuição segundo as regiões NUTS II.

O género feminino contribui com mais observações em todas as amostras, excetuando a amostra D em que esta condição se inverte.

Em relação aos grupos etários pode-se observar que a amostra A é constituída por uma população mais envelhecida do que as restantes amostras. A amostra D representa a população mais jovem. O grupo etário mais elevado (≥ 85) e o grupo etário mais baixo ('15-19') são os menos expressivos em todas as amostras.

Conforme é possível verificar, mais de um quarto da amostra A (28,5%) tem idade igual ou superior a 70 anos e as idades abaixo dos 30 anos correspondem somente a 7,3%. A amostra B evidencia um maior número de indivíduos com menos de 30 anos (8,4%) e diminui a expressividade nos indivíduos com 70 anos ou mais para 21,5%. Na amostra D a população com mais de 70 anos corresponde a 18,1% e a população com menos de 30 anos aumenta para 14,3%. A tabela a seguir resume as medidas de localização central por amostra.

Tabela14 – Moda e Mediana dos grupos etários por amostra

	Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
Moda (grupo-etário)	70-74 anos	45-49 anos	70-74 anos	40-44 anos
Mediana (grupo-etário)	55-59 anos	50-54 anos	50-54anos	45-49 anos

As amostras A e C apresentam o maior número de observações no grupo etário dos 70 aos 74. Nas amostras B e D os grupos etários com maior expressão são significativamente mais baixos. Em relação à mediana podemos ver que a amostra A detém o grupo etário mais elevado representativo da mediana e a amostra D detém o grupo etário mediano mais baixo. Ou seja 50% das observações da amostra D são efetuadas a indivíduos mais jovens do que nas restantes amostras.

Em relação às categorias referentes á situação civil e conjugal pode-se observar em todas as amostras que, mais de metade dos indivíduos se enquadra na categoria ‘Casado, vive conjugalmente com alguém, com valores relativos superiores a 60%. De salientar também as percentagens significativas de indivíduos nas categorias ‘Solteiro, não vive conjugalmente’ e ‘Viúvo, não vive conjugalmente’, em todas as amostras. Os indivíduos que não vivem conjugalmente totalizam cerca de um terço dos indivíduos em cada uma das amostras, nomeadamente 33,3% na amostra A, 28,5% na amostra B, 35,5% na amostra C e 31,9% na amostra D.

As amostras são compostas por indivíduos na sua maioria com nível de escolaridade inferior a cinco anos (entre 64,7% na amostra A e 50,1% na amostra D). As restantes categorias dentro de cada amostra apresentam valores idênticos, embora a categoria ‘13 e mais anos de escolaridade’, seja a menos expressiva em todas as amostras.

A ocupação principal predominante em todas as amostras é ‘trabalhadores ativos’ com valores entre 50,3% de indivíduos na amostra A e 65,0% na amostra D. Com valores expressivos encontra-se também a categoria ‘reformados’ com valores entre 42,8% na amostra A e 28% na amostra D.

Em relação ao número total de horas de trabalho semanal, os valores são idênticos nas várias amostras. Mais de 60% dos indivíduos refere trabalhar entre 31 a 40 horas

semanais. A categoria horas de trabalho semanal entre 41 a 60 horas apresenta valores que rondam os 24% nas várias amostras.

4.3 Análise descritiva da variável dependente

A apreciação dos progressos alcançados e a sua compreensão pela população é essencial para medir a perceção da saúde pela população. O modo como os indivíduos percecionam o seu estado de saúde é um dos principais indicadores para a monitorização da saúde e da qualidade de vida da população (WHO, 1996:51).

Partindo assim do pressuposto de que cada indivíduo é aquele que melhor pode avaliar a sua saúde, num contexto de percurso de vida e da sua cultura, é consensual que os inquéritos de saúde junto das populações sejam pois o melhor instrumento de recolha de informação no que diz respeito à maneira como cada indivíduo considera seu próprio estado de saúde (Vintém, 2008).

Neste contexto encontra-se o 4º INS, o qual foi a base para a construção do Índice de Qualidade de Vida em Saúde, a partir de um conjunto de questões consideradas pertinentes e das quais se geraram as variáveis que integraram o índice. Os valores obtidos são pois resultado das informações dadas pelos indivíduos que constituem cada uma das amostras. A variável é quantitativa e os valores podem variar entre 0 e 100.

Na amostra A (Gráfico 1 e 2) o índice de qualidade de vida em saúde apresenta uma distribuição aproximadamente normal com as medidas de tendência central média e mediana, muito próximas (respetivamente 65,83 e 66,5). Existem poucas observações atípicas e que não traduzem alterações significativas na média da amostra (média aparada é de 65,94). O gráfico de bigodes salienta a dispersão dos dados da amostra. A amplitude interquartil é de 15,5 e os valores, mínimo e máximo, obtidos no Índice de Qualidade de Vida em Saúde correspondem a 32,5 e 93,51 respetivamente. O desvio padrão é de 10,76.

Gráfico 1 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde- Amostra A

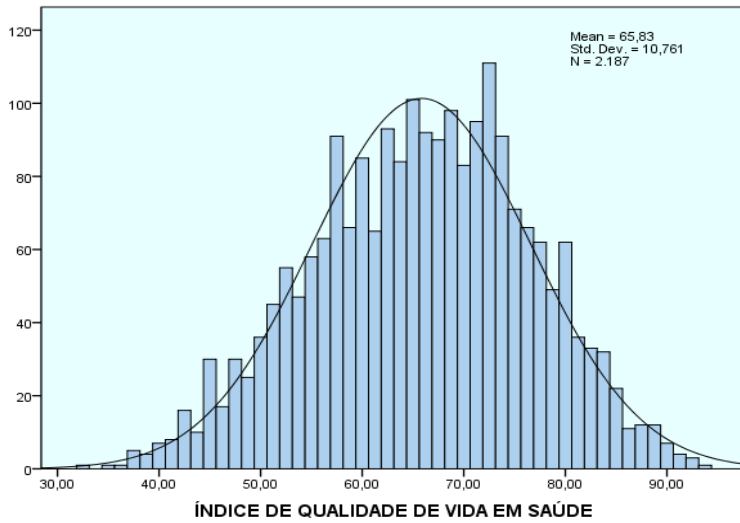
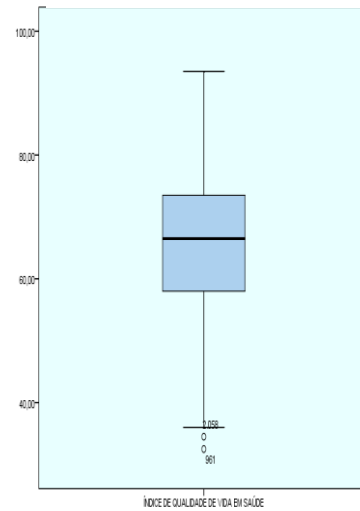


Gráfico 2 - Caixa de bigodes - Amostra A



A amostra B (Gráfico 3 e 4) apresenta igualmente uma distribuição aproximadamente normal em relação à distribuição do índice de qualidade de vida em saúde. As medidas de tendência central nomeadamente média e mediana correspondem a valores muito próximos (respetivamente 64,39 e 65,0). Calculada a média aparada (64,53), dada a existência de observações atípicas moderadas que não traduzem alterações significativas na média da amostra. O desvio padrão é de 10,57. O gráfico de bigodes mostra graficamente uma amplitude interquartil de 14,75, e um Índice de Qualidade de Vida em Saúde com um valor mínimo de 27,00 e um valor máximo de 93,50.

Gráfico 3 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra B

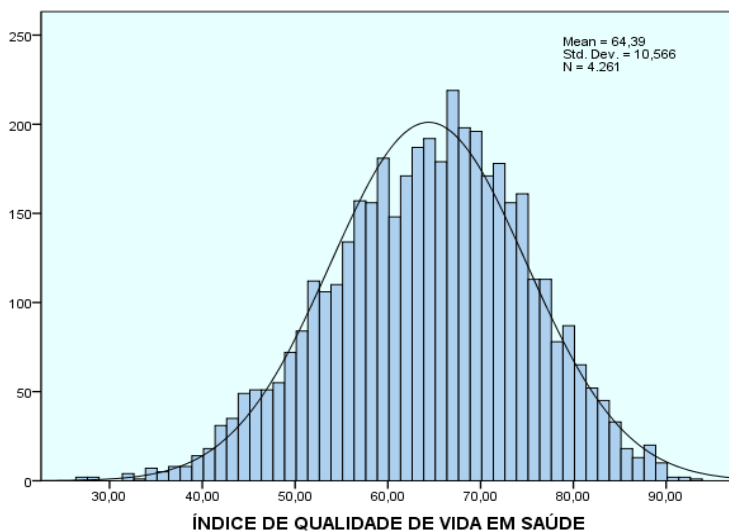
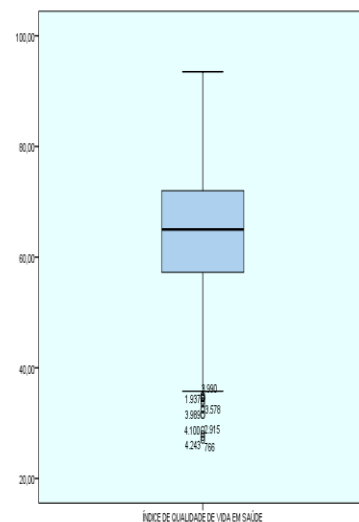


Gráfico 4 - Caixa de bigodes - Amostra B



O índice de Qualidade de Vida em Saúde na amostra C tem uma distribuição aproximadamente normal (Gráfico 5 e 6). A média (67,94) é representativa da amostra pois apresenta um valor muito idêntico ao da mediana (68,0). A existência de bastantes outliers moderados levou ao cálculo da média aparada (67,96) que quase não apresenta variação em relação à média da amostra, o que permite calcular que estas observações atípicas quase não influenciam a média da amostra. O desvio padrão é baixo (8,95). A amplitude interquartil é de 15,5 e o valor mínimo encontrado do Índice de Qualidade de Vida em Saúde foi 31,0 e o valor máximo atingido foi 99,0.

Gráfico 5 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra C

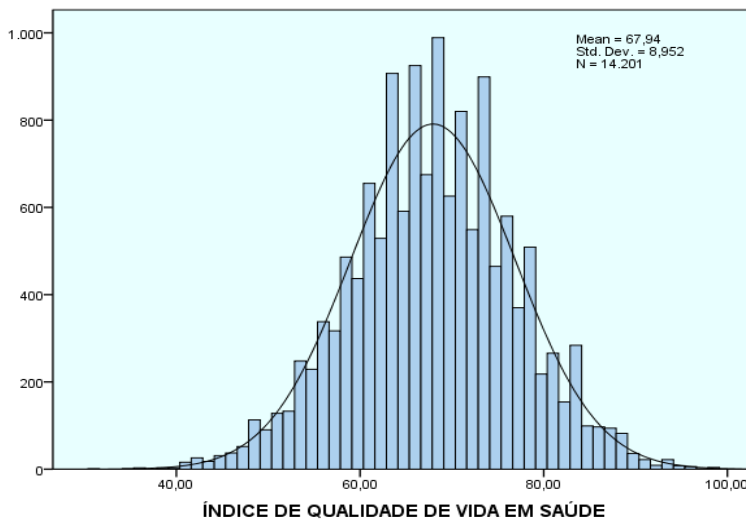
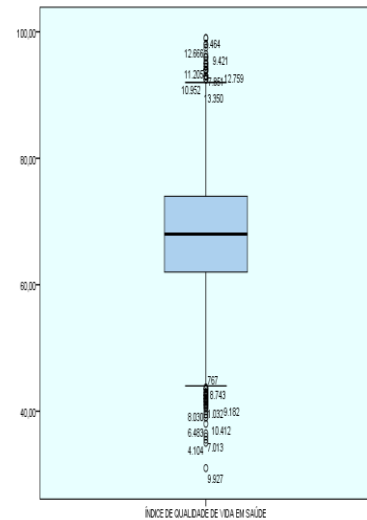


Gráfico 6 - Caixa de bigodes - Amostra C



Os Gráficos 7 e 8 apresentam a distribuição da amostra D que tal como as restantes amostras tem uma distribuição aproximadamente normal. A média e a mediana apresentam valores semelhantes (respetivamente 63,15 e 63,0) e a média aparada apesar da existência de bastantes outliers apresenta uma alteração mínima (63,14). O desvio padrão é de 9,97. O gráfico de bigodes aponta uma amplitude interquartil de 13,5, o valor mínimo obtido pelo Índice de Qualidade de Vida em Saúde foi de 25,5 e o valor máximo registado nesta amostra de 99,0.

Gráfico 7 - Histograma de distribuição do índice de qualidade de vida em saúde - Amostra D

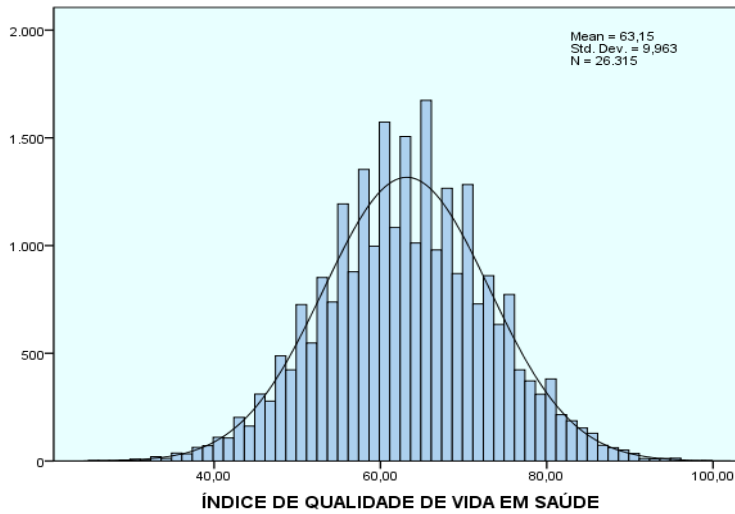
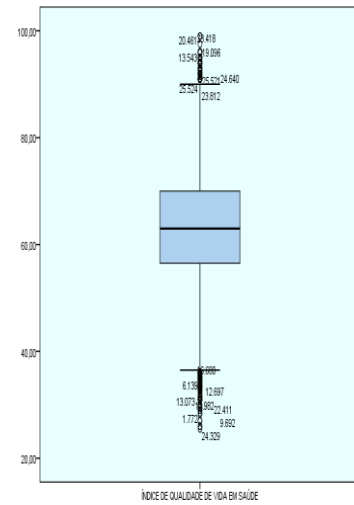


Gráfico 8 - Caixa de bigodes - Amostra D



4.4. Fatores determinantes do índice de qualidade de vida em saúde - Análise inferencial

A literatura consultada permitiu salientar alguns fatores diretamente ligados à qualidade de vida relacionada com a saúde. Minayo, Hartz e Buss (2000) fazem referência às deteriorações funcionais, percepções e condições sociais induzidas pela doença. Naughton e Shumaker (2003), salientam o conforto ou sensação de bem-estar, a capacidade de manter atividades a nível físico, mental e intelectual, e atividades de valor no seio da família, no trabalho e na comunidade. Ferrans (2005) menciona o rendimento, a liberdade e o meio ambiente, e Phillips (2006) destaca os aspetos gerais da qualidade de vida e as dimensões específicas relacionadas com a saúde.

Constata-se também na literatura a existência de um forte interesse pelos estudos que analisam a qualidade de vida relacionada com a saúde com os aspetos sócio demográficos, económicos e de saúde. A prossecução deste estudo segue igualmente esta linha de análise. Deste modo, e conforme estabelecido nos objetivos do estudo, vai-

se analisar a influência das variáveis independentes, na qualidade de vida em saúde dos indivíduos.

4.4.1 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a localização geográfica

A apreciação simultânea de todas as amostras (Tabela 15) evidencia que a localização geográfica se revela importante para o Índice de qualidade de vida em saúde. Assim os índices médios mais elevados em Portugal registam-se nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Em Portugal Continental o índice médio de qualidade de vida em saúde é superior na Região de Lisboa e Vale do Tejo. As regiões Norte e Centro apresentam os índices médios mais baixos.

Figura 5 - Mapa de Portugal das regiões NUTS II



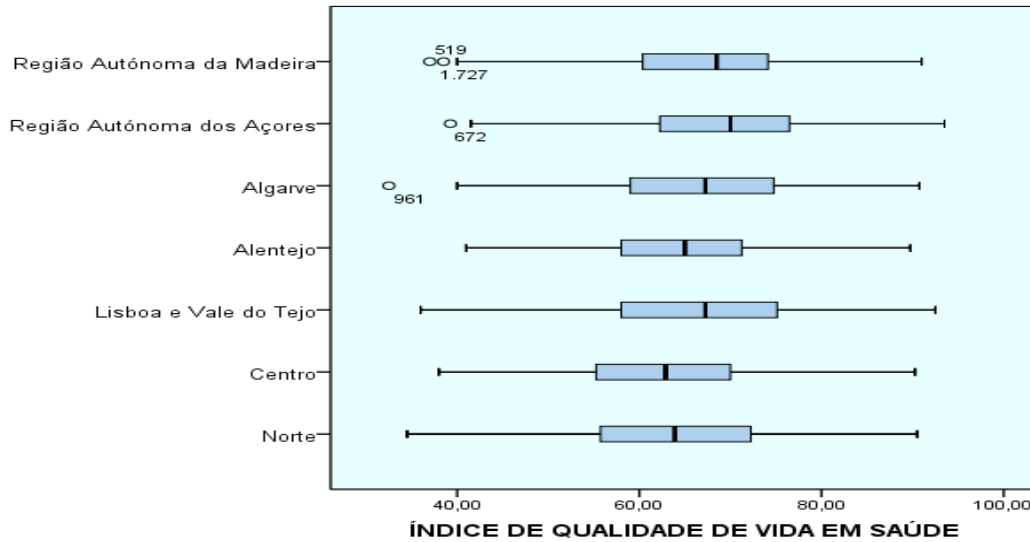
Tabela 15 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
NUTS II		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	Norte	63,96 ± 11,59	62,17 ± 10,95	66,59 ± 9,07	61,02 ± 10,14
	Centro	62,70 ± 10,22	61,85 ± 10,14	66,95 ± 8,80	62,17 ± 9,72
	Lisboa e Vale do Tejo	66,55 ± 11,94	64,78 ± 11,24	67,88 ± 9,78	63,16 ± 10,50
	Alentejo	64,63 ± 9,25	64,07 ± 9,07	67,15 ± 8,76	63,03 ± 9,52
	Algarve	65,59 ± 10,94	65,02 ± 10,06	68,23 ± 8,74	63,11 ± 9,93
	Região Autónoma dos Açores	69,13 ± 9,97	67,55 ± 9,96	68,57 ± 8,45	63,99 ± 9,57
	Região Autónoma da Madeira	67,03 ± 10,52	65,69 ± 10,94	70,40 ± 8,32	66,26 ± 9,44

O teste estatístico aplicado a todas as amostras foi o Kruskal-Wallis. O resultado do teste estatístico (com sig. ≤ 0,05) permite-nos concluir que existe evidência estatística de que a distribuição do índice de qualidade de vida não é igual em todas as regiões NUTS II.

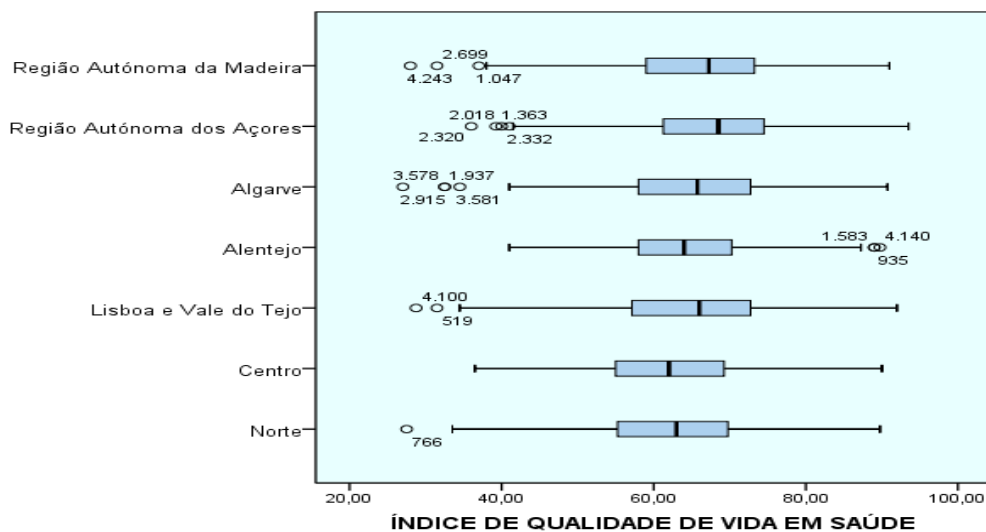
Os gráficos evidenciam a distribuição das amostras e permitem fazer comparações entre as regiões.

Gráfico 9 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra A



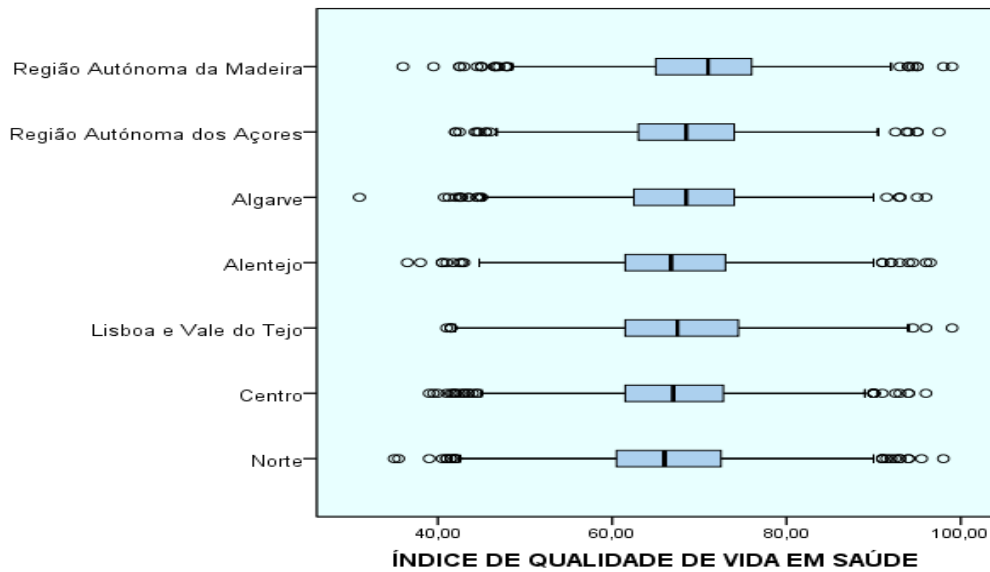
A amostra A mostra a Região de Lisboa e Vale do Tejo como a de maior dispersão do índice de qualidade de vida em saúde. Opostamente está o Alentejo evidenciando a menor dispersão da amostra. O teste estatístico confirma índices de qualidade de vida em saúde, menores na região Centro, sendo os da Região Autónoma dos Açores os mais elevados da amostra.

Gráfico 10 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra B



Na amostra B mantêm-se as regiões de maior e menor dispersão, respetivamente Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo. O teste estatístico feito a esta amostra continua a confirmar índices de qualidade de vida em saúde mais elevados na Região Autónoma dos Açores e mais baixos na Região Centro.

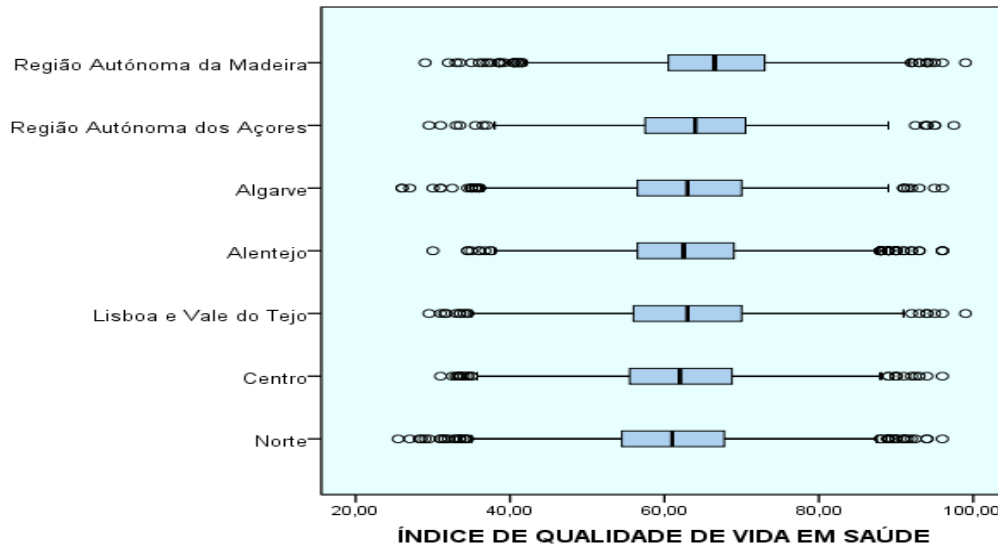
Gráfico 11 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra C



A região de Lisboa e Vale do Tejo continua a ter a maior dispersão na amostra C. A Região Autónoma da Madeira é agora a de menor dispersão. O teste estatístico evidencia nesta amostra o Norte e a Região Autónoma da Madeira, como as regiões que exibem menor e maior índice de qualidade de vida em saúde, respetivamente.

A amostra D (no gráfico a seguir) mantém Lisboa e Vale do Tejo com maior dispersão. A Região da Madeira continua a apresentar a menor dispersão e detém a qualidade de região com melhor índice de qualidade de vida em saúde, por oposição à região Norte.

Gráfico 12 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS II - Amostra D



Sinteticamente pode-se referir com base nos resultados das quatro amostras que a região de Lisboa e Vale do Tejo configura-se sempre como a região de maior dispersão, evidenciando assim uma maior desigualdade de qualidade de vida em saúde. As regiões Norte e Centro configuram-se como as de menor qualidade de vida em saúde e as regiões dos Açores e Madeira com as de maior qualidade.

No sentido de fundamentar os dados anteriormente descritos efetuaram-se testes de independência de Qui-Quadrado, entre algumas variáveis. O teste estatístico efetuado permitiu concluir que o rendimento mensal ganho pela família não é independente da região NUTS II.

Na amostra A o escalão de rendimento mais baixo (até 150 euros) é auferido por 14,3% das famílias do Norte e por 39,3% do Centro. Por outro lado na Região Autónoma da Madeira não se verifica nenhuma família com esse rendimento e na Região Autónoma dos Açores 7,1% das famílias tem esse rendimento, valor abaixo do que se verifica nas regiões do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo. Um escalão intermédio (por exemplo entre 701 e 900 euros) é auferido por 13,1% das famílias do Norte, 11,0% das famílias do Centro e 21,6% de famílias dos Açores. Em relação ao rendimento mais elevado (mais de 2000 euros), a maior percentagem de famílias com este rendimento pertence à região dos Açores (21,6%). Por outro lado verifica-se que só 23,9% das famílias do

Centro e 24,8% das famílias do Norte auferem rendimentos acima dos 1200 euros, enquanto na Região Autónoma dos Açores 32% das famílias obtêm esse rendimento.

Em relação à Amostra B, 34% das famílias com rendimentos inferiores a 150 euros situam-se na região Centro onde o índice de qualidade de vida em saúde é mais baixo e só 8,5% são dos Açores. Com rendimentos superiores a 1200 euros há 25,6% das famílias do Centro e 31,8% das famílias do Norte enquanto nos Açores 39,3% obtêm esse rendimento. De referir também que 25,5% das famílias com rendimento até aos 150 euros se encontram na região de Lisboa e Vale do Tejo, e que 19,4% das famílias com rendimentos superiores a 2000 euros são desta região.

Em relação à Amostra C confirma-se o contraste em termos geográficos entre as famílias que auferem até 150 euros. Assim das famílias que auferem esse rendimento 15,4% são da região Norte, 29,4% são da região Centro, contrastando com 4,4% tanto na Região Autónoma dos Açores como na Madeira. Os rendimentos superiores a 1200 euros continuam a ser ganhos percentualmente mais nos Açores (30,6%) e na Madeira (29,6%), do que no Norte (26,2%) e no Centro (23,1%).

Para a amostra D a análise é idêntica com rendimentos superiores a 1200 euros em 37,9% das famílias dos Açores, 34,6% da Madeira, 29,3% do Norte e 28% do Centro. Também com rendimentos mensais inferiores a 150 euros é o Centro a região mais afetada (26,5%), seguido de Lisboa e Vale do Tejo (22,7%) e da região Norte (16,0%).

Analizou-se ainda a independência de outras variáveis em função das regiões NUTS II. Escolheu-se para esta análise as horas de trabalho semanal, a ocupação principal, ter seguro de saúde e ter algumas doenças crónicas e aplicou-se o teste de Qui-quadrado.

Assim na amostra A, o teste do Qui-Quadrado permitiu concluir que o facto de ter diabetes e o facto de ter asma é independente da localização geográfica, mas o facto de ter tensão arterial elevada ou dor crónica não é independente da região geográfica. Também em relação ao facto de ter seguro de saúde conclui-se pelo teste estatístico (sig. $\leq 0,05$) que ter seguro de saúde não é independente da região NUTS II. Pode-se assim verificar que dos indivíduos que têm seguro de saúde a maior percentagem é da região Lisboa e Vale do Tejo (27,2%), seguido da região Norte com 19,2%. As regiões em que

se identificou menos indivíduos com seguro de saúde são as Regiões Autónomas da Madeira e Açores. No que se refere às horas de trabalho verifica-se que mais de um quarto da população que trabalha em part-time é da região Centro (28,7%) e a região Norte é a que tem menos indivíduos a trabalhar em part-time. Por outro lado é na região do Alentejo e Algarve que se registam mais indivíduos com horas de trabalho semanal entre 61 e 90 horas, respetivamente 27,8% e 23,6%. Por último de referir também a não independência das regiões NUTS II face à ocupação principal. De facto o teste do qui-quadrado permite concluir para esta amostra que a maioria dos trabalhadores ativos (20,8%) se encontra na Região Autónoma dos Açores e é esta também uma das regiões com menor percentagem de desempregados (8,3%), só ultrapassada pela região Autónoma da Madeira com 5,8%.

Para a amostra B foram efetuados os mesmos testes. Assim o teste do Qui-quadrado revelou que a doença crónica asma é independente ($\text{sig.} = 0.335$) da localização geográfica. Para as restantes variáveis estudadas o Qui-quadrado ($\text{sig.} \leq 0.05$) levou-nos a concluir que existe relação entre essas variáveis e as regiões NUTS II. Assim nesta amostra em relação à doença crónica diabetes existe evidência de que a variável não é independente da localização geográfica. Os resultados evidenciam maior presença da doença nas regiões do Norte e do Alentejo e menor nos Açores e Madeira. Quanto ao facto de ter tensão arterial alta a região do Centro é a mais afetada (17,5%) seguida das regiões do Alentejo (16,8%) e de Lisboa e Vale do Tejo (16,3%). As regiões menos afetadas são as regiões autónomas dos Açores (10,9%) e Madeira (9,8%). A presença de dor crónica apresenta semelhante distribuição em termos geográficos. Nesta amostra a variável ocupação principal revela que a maior percentagem de trabalhadores no ativo são da Região Autónoma dos Açores (18,8%), o que contrasta com 8,7% existentes na Madeira. A percentagem mais baixa de desempregados é na Região Autónoma da Madeira (6,9%) o que contrasta com a Região do Norte (22,0%). A percentagem mais baixa de reformados situa-se na Região Autónoma dos Açores (9,3%). É evidente a relação existente entre as horas de trabalho semanal e as regiões NUTS II. A região Centro apresenta também nesta amostra o maior número de indivíduos com trabalho a tempo parcial (29,0%). A região Norte é a que tem menos pessoas a trabalhar em part-time e as regiões do Alentejo, Açores e Madeira apresentam igualmente valores percentuais baixos. Quanto ao facto de ter seguro de saúde verifica-se pelo Qui-quadrado que o facto de ter seguro de saúde não é independente da localização

geográfica. A maior parte dos indivíduos com seguro de saúde situam-se nas regiões Norte (17,2%), Lisboa e Vale do Tejo (29,6%) e Algarve (15,2%).

Em relação à amostra C, os testes estatísticos continuam a revelar que a doença crónica asma é independente ($\text{sig.} = 0.157$) da localização geográfica. Para as restantes variáveis estudadas (ter diabetes, tensão arterial alta ou dor crónica, e ter seguro de saúde, horas de trabalho semanal, e ocupação principal), o Qui-quadrado ($\text{sig.} \leq 0.05$) levou-nos a concluir que existe relação entre essas variáveis e as regiões NUTS II. Para a diabetes continua a haver maior evidência no Norte e no Alentejo e menor nos Açores e Madeira. Quanto ao facto de ter tensão arterial alta a região do Alentejo é a mais afetada (21,3%) seguida das regiões do Centro (16,4%) e de Lisboa e Vale do Tejo (15,9%). A presença de dor crónica afeta menos os indivíduos da região Autónoma dos Açores (8,1%) e da Madeira (6,95%). A região com mais dor crónica é a de Lisboa e Vale do Tejo (21,1%). Mantem-se a maior percentagem de indivíduos com seguro de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo (26,5%) seguida da região do Algarve (16,2%) e da região Norte (15,5%). A região Centro evidencia ser a região com mais trabalhadores em tempo parcial (26,7%) e em termos de ocupação principal são as regiões do Alentejo e do Norte as que evidenciam maior número de desempregados, respetivamente 19,6% e 19,0%.

Os resultados obtidos da análise da amostra D, pela aplicação do teste Qui-quadrado, assemelham-se aos das anteriores amostras. A doença crónica asma revela-se independente ($\text{sig.} = 0.200$) da localização geográfica. As restantes variáveis de acordo com o resultado do teste estatístico ($\text{sig.} \leq 0,05$) não são independentes das regiões NUTS II. A diabetes continua a ter maior relevo no Norte (17,6%) e no Alentejo (18,1%) e menor nos Açores e Madeira. A tensão arterial alta afeta mais a região do Alentejo (17,9%) seguida das regiões de Lisboa e Vale do Tejo (16,8%) e do Centro (16,6%). A presença de dor crónica afeta menos os indivíduos da região Autónoma dos Açores (9,1%) e da Madeira (7,0%). A região com mais evidência de dor crónica é a de Lisboa e Vale do Tejo (20,6%). A maior percentagem de indivíduos com seguro de saúde é na região de Lisboa e Vale do Tejo (26,0%) seguida da região do Algarve (16,7%) e da região Norte (16,4%). A região Centro continua a ser nesta amostra a região com mais trabalhadores em tempo parcial (25,8%) e em termos de ocupação principal a região do Norte tem o maior número de desempregados (21,6%).

Perante o descrito é desde já possível identificar alguns fatores que justificam as diferenças de índices de qualidade de vida em saúde entre as várias regiões NUTS II:

- Diferenças nos rendimentos mensais familiares (os indivíduos das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira referem auferir maior rendimento dos que os das regiões Centro e Norte)
- Manifestação de doenças crónicas mais evidente nas regiões Norte e Centro mas também no Alentejo, como a diabetes e tensão arterial alta.
- Tipo de ocupação principal (a região Norte é a que se destaca com maior número de desempregados em todas as amostras, seguida do Alentejo)
- Número de horas de trabalho semanal (a região Centro é a que se destaca com mais indivíduos em trabalho parcial e as regiões do Alentejo e Algarve destacam-se pelo número de horas de trabalho semanal superior a 60)

Portugal apesar de ser um país pequeno encerra grandes assimetrias. A geografia da região, a densidade populacional, a economia da região e o nível de desemprego, a proximidade do centro de poder e decisão, a economia da região, a adoção de critérios de equidade social versus eficiência económica, o nível de escolaridade, o nível de rendimento, o envelhecimento populacional e a adoção de políticas de prevenção na área da saúde, são fatores entre outros que poderão estar na base das diferenças encontradas em termos de índice de qualidade de vida em saúde e que poderiam ser aprofundados noutros estudos.

Figura 6 – Mapa Região Norte

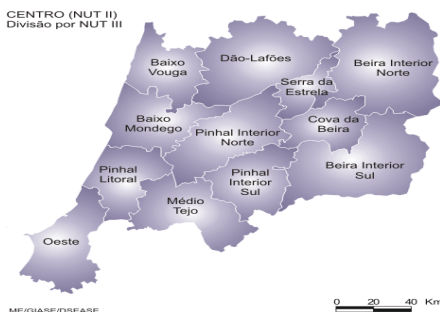


A região Norte é caracterizada por uma grande densidade populacional com agregados familiares com baixas condições de vida, com recursos humanos pouco qualificados, com baixa produtividade e é uma zona ameaçada pelo desemprego.

De acordo com Mateus e Associados (2005), a região Norte encontra-se demarcada por uma região litoral galvanizada pela cidade do Porto, e um interior quase exclusivamente rural, com dinâmicas de desenvolvimento económico e social aquém da média nacional das observadas na faixa litoral. É uma das regiões mais populosas de Portugal e apesar

de acompanhar a tendência nacional de envelhecimento é uma das regiões menos envelhecidas. A melhoria das qualificações na população residente tem sido uma realidade apesar das significativas taxas de analfabetismo e abandono escolar. É uma região aberta ao exterior fortemente vocacionada para a exportação das suas produções, mas a estrutura produtiva apresenta aspetos negativos ligados à baixa produtividade e à forte concentração do emprego e da produção em sectores com baixa tecnologia, intensivos em mão-de-obra e fortemente ameaçados pelo desemprego. Este último é pois, um dos maiores problemas da região. A par do desemprego, a região suporta ainda a incidência da pobreza medida através das condições de vida dos agregados familiares.

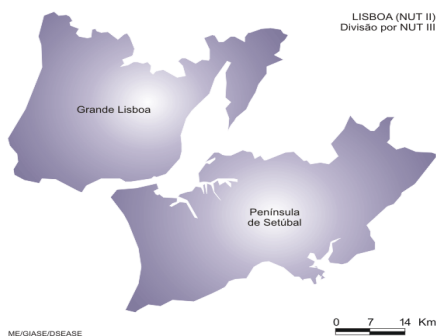
Figura 7 - Mapa Região Centro



A região Centro apresenta um litoral densamente povoado e um interior pobre. É uma região pouco competitiva e com desemprego moderado.

A região Centro é assinalada por um litoral urbanizado, industrializado e densamente povoado que contrasta com um interior rural, pobre e em regressão demográfica. Encontra-se situado entre as duas grandes regiões metropolitanas a norte e a sul as quais exercem uma força convergente devido à maior capacidade de recursos e de expansão das atividades económicas e que provocam na região Centro transformações demográficas e económicas importantes. No domínio da competitividade a região revela um posicionamento mais debilitado face à média nacional (Mateus, et al. 2005).

Figura 8 - Mapa Região de Lisboa e Vale do Tejo

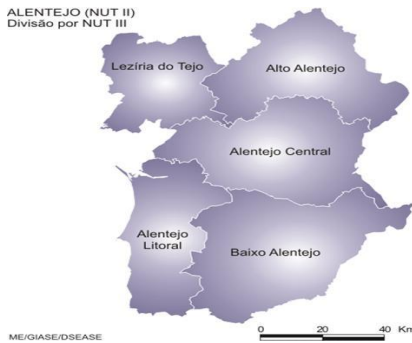


Lisboa e Vale do Tejo é uma região fortemente competitiva e com maior atração de recursos humanos qualificados e de investimentos.

Segundo Mateus et al. (2005) é a região mais competitiva de entre as regiões NUTS II com registos globais 50% acima da média nacional. A posição de topo que lhe é conferida deve-se essencialmente à maior qualificação e sofisticação das atividades económicas com mais inovação e utilização de recursos humanos mais qualificados, ao importante tecido

económico e de serviços de suporte e equipamentos coletivos regionais e a uma maior capacidade de atração de investimentos e recursos qualificados (Mateus, et al. 2005).

Figura 9 - Mapa Região do Alentejo



O Alentejo é caracterizado por uma baixa densidade populacional e na maior parte do território por um nível de vida baixo e com baixos índices de competitividade. O Alentejo Litoral apresenta uma economia associada ao turismo e ao estado de conservação e proteção do meio natural, pelo que é uma região com fortes oportunidades de desenvolvimento.

A região do Alentejo revela um nível de vida inferior à média nacional. A situação interna apresenta contrastes com diferenças significativas em termos de indicadores de desenvolvimento e condições de competitividade entre as várias regiões NUTS III do Alentejo. As regiões do Alto Alentejo e Baixo Alentejo (NUTS III) revelam grande debilidade em termos de competitividade e coesão. No entanto, o Alentejo Central em termos de NUTS III regista uma posição de destaque muito devido à cidade de Évora que apresenta uma capacidade atrativa em termos das atividades económicas e de profissionais qualificados. O Alentejo Litoral (NUTS III) apresenta um tecido económico mais denso capaz de propiciar a criação de emprego e atrair novos residentes com melhores habilitações. (Mateus, et al. 2005).

Figura 10 - Mapa Região do Algarve



Com uma densidade populacional média, o Algarve dispõe de uma posição geográfica particular que lhe confere condições bioclimáticas particulares. O principal sector de atividade é o terciário resultante da principal atividade económica, o turismo.

O Algarve é a segunda região NUTS II mais bem posicionada em termos globais. Este posicionamento do Algarve é sustentado por um maior nível de coesão interna de rendimentos, maior nível de esperança média de vida, número médio de anos de escolaridade e maior acessibilidade a um conjunto diversificado de equipamentos (educação, saúde, ação social e cultura/lazer). A região do Algarve regista um

posicionamento bastante mais positivo no plano da coesão social (acessibilidade aos equipamentos coletivos, esperança média de vida, taxa de desemprego e escolaridade média) do que no plano da eficiência económica onde regista valores inferiores à média nacional (Mateus, et al. 2005).

Figura 11 - Mapa Região Autónoma dos Açores



A região dos Açores, com uma densidade populacional moderada é marcada pela dispersão das suas ilhas e consequente fragmentação do mercado originando debilidades estruturais que são colmatadas à custa da preferência de critérios de equidade social sobre os critérios de eficiência na utilização e dotação de equipamentos coletivos, originando-se situações de manifesta subutilização dos equipamentos principalmente em ilhas com menos de 5000 habitantes. Do ponto de vista da atividade económica existem entraves significativos ao seu desenvolvimento nomeadamente em relação ao custo dos transportes que têm que ser suportados. O tecido produtivo é formado por micro e pequenas empresas e o nível de qualificação dos recursos humanos ativos e o nível de escolarização da população é baixo. O modelo de desenvolvimento aposta no aproveitamento dos recursos naturais, destacando-se a fileira agroalimentar, com os derivados do leite e as conservas de produtos a serem os principais elementos da base económica de exportação. Nos últimos anos o incremento das atividades ligadas ao turismo impulsionou a economia. A situação de crescimento de desemprego inverteu-se a partir da aprovação da Lei das Finanças das Regiões Autónomas (Mateus, et al. 2005).

Figura 12 - Mapa Região Autónoma da Madeira



O relatório sobre a competitividade territorial das regiões portuguesas refere que “*Em termos nacionais a Região Autónoma da Madeira superou, no espaço de uma década, a média nacional, evidenciando uma dinâmica positiva de crescimento, em grande parte relacionada com a performance do sector turístico na região*” (Mateus, et al. 2005:30). A Região Autónoma da Madeira está posicionada como uma das regiões com performances mais positivas. As ações implementadas visam o reforço das estruturas já existentes, a formação de recursos humanos e a criação de bases para

um maior desenvolvimento futuro no domínio científico e tecnológico. Esta dinâmica confere à região uma melhor qualidade de vida para os seus habitantes (Mateus, et al. 2005).

4.4.2 Índice de qualidade de vida em saúde segundo o género

A representação social que se tem do género masculino está associada a uma imagem de força, coragem e virilidade enquanto o estereótipo feminino incorpora uma imagem de fragilidade e sensibilidade (Silva, 1999). Estes processos de interiorização simbólica marcam fortemente a relação de homens e mulheres em relação ao binómio saúde/doença (Vintém, 2008). No campo da saúde, por via dos condicionalismos sociais, aos homens está associado um estereótipo de masculinidade que condiciona a forma como os indivíduos se relacionam com a saúde /doença, o que contribui muitas vezes para a maior ocultação do seu mal-estar ou mesmo da doença e a menor procura dos cuidados médicos (Laranjeira, 2004).

Para o estudo da variável género nas amostras deste estudo, foi realizado o teste estatístico T à igualdade de duas médias.

Tabela 16 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo o género

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
GÉNERO					
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	Masculino	67,16 ± 9,89	64,23 ± 9,95	67,54 ± 8,49	61,53 ± 9,67
	Feminino	65,05 ± 11,16	64,52 ± 11,07	68,25 ± 9,29	65,03 ± 9,96

A análise descritiva permite observar um índice médio de qualidade de vida em saúde superior para os homens na amostra A e mais elevado para as mulheres nas amostras B, C e D.

A aplicação do teste T à amostra A permite-nos concluir (com sig. $\leq 0,05$) que o índice médio de qualidade de vida em saúde nos homens é diferente do das mulheres. Nesta

amostra o género masculino apresenta um índice médio de qualidade de vida em saúde superior ao do género feminino.

Esta conclusão vai ao encontro de outros estudos efetuados relativos à perceção da qualidade de vida. Os resultados obtidos mostraram que os indivíduos do género masculino apresentavam pontuações mais elevadas do que as fornecidas pelo género feminino (Anes, & Ferreira, 2009; Amorim, 2007; Ferreira, & Santana, 2003). Vintém (2008) refere num estudo relativo à auto perceção do estado de saúde que o grupo das mulheres tendem a considerar o seu estado de saúde de forma positiva em menor percentagem do que os homens e, paralelamente de forma negativa em maior percentagem.

Na amostra B o índice médio de qualidade de vida no género masculino e no género feminino é quase idêntico. Ao contrário do que acontece nas restantes amostras, a aplicação do teste T à amostra B leva-nos a concluir (com sig. = 0,363) que o índice médio de qualidade de vida é igual para ambos os géneros o que não corresponde às conclusões tiradas por outros estudos nesta área.

Em relação às amostras C e D a aplicação do teste T permite-nos concluir (com sig. \leq 0,05) que existem diferenças estatisticamente significativas entre o índice médio de qualidade de vida no género masculino e no feminino. Contrariamente ao referido pela literatura, nestas amostras o género feminino revela um índice de qualidade de vida superior ao género masculino.

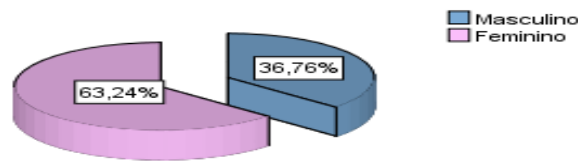
Perante estes resultados torna-se interessante analisar alguns indicadores que possam fundamentar a razão de neste estudo e em algumas das amostras o género masculino apresente índices de qualidade de vida em saúde inferiores aos do género feminino.

Relata Ferreira e Santana (2003) que na Finlândia foram detetadas 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; contudo após os 50 anos são os homens que apresentam pior estado de saúde. A proposta dos autores do

estudo foi a introdução de indicadores como a idade, região, estatuto socioeconómico, emprego e as relações com a família e com os amigos.

Face ao exposto parece pertinente desenvolver o estudo recorrendo à análise de independência de algumas variáveis face ao género dos inquiridos.

Gráfico13 - Distribuição de inquiridos por género – Amostra A



Em relação à amostra A foi-se analisar a independência entre o género e algumas doenças crónicas através da aplicação do teste estatístico Qui-quadrado. Na análise de independência entre o género e ter tensão arterial alta verificou-se que existe relação entre as duas variáveis (sig. $\leq 0,05$) e que é o género feminino que mais refere ter tensão arterial alta (69,1%). Em relação à dor crónica a aplicação do Qui-quadrado (sig. $\leq 0,05$) permite afirmar que existe também relação entre as duas variáveis (género e dor crónica), sendo que também 72,0% dos indivíduos que referem dor crónica são do género feminino. Em relação à doença crónica depressão o teste do Qui-quadrado (sig. $\leq 0,05$) permite-nos também referir que as variáveis género e depressão, não são independentes, e que 87,6% dos indivíduos com depressão são do género feminino.

Verificada a relação existente entre algumas doenças crónicas, prosseguiu-se a análise da amostra A, agora entre as variáveis 'género' e 'tem o dinheiro suficiente para as necessidades?'. A aplicação do Qui-quadrado revela que as variáveis são independentes (sig. = 0,088). Em relação à ocupação principal verifica-se existir relação entre esta variável e o género (sig. = 0,022). Os dados mostram que 74,2% dos desempregados são do género feminino, 60,5% dos reformados são igualmente do género feminino e em termos de incapacidade permanente 56,0% dos indivíduos também são do género feminino.

A percentagem elevada de indivíduos do género feminino nesta amostra e a análise efetuada permite comprovar os resultados obtidos pelo estudo de que o índice médio e qualidade de vida em saúde é superior no género masculino do que no género feminino e ir ao encontro dos resultados obtidos por outros estudos já referidos.

Segundo Vintém (2008) há uma tendência para as mulheres subestimarem a apreciação positiva da sua saúde, contrariamente aos homens, os quais tendem a privilegiar essa mesma apreciação positiva. Refere ainda o mesmo autor que o género (entendendo-se por género não apenas o fator biológico mas também o fator social e cultural de diferenciação homem/mulher), é um importante fator explicativo das diferenças entre homens e mulheres quando auto avaliam o seu estado de saúde.

Gráfico14 – Distribuição de inquiridos por género - Amostra B

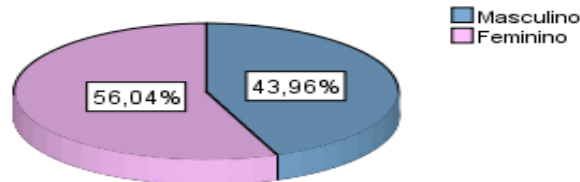


Para a análise da amostra B, foi do mesmo modo aplicado o teste de Qui- quadrado para o estudo entre o género e as variáveis utilizadas na amostra anterior. O teste estatístico aplicado permite-nos afirmar (com sig. = 0,363) que não existe relação entre o género e o facto de ter tensão arterial alta, ter dor crónica, ter depressão, ter dinheiro para enfrentar as necessidades e a ocupação principal. Nesta amostra a depressão continua a ser mais evidente no género feminino (85,0%), bem como a dor crónica com 62,4%, e a tensão arterial alta (57,3%). Nesta amostra a tensão arterial alta é também bem patente como doença crónica no género masculino (42,7%). Em relação à ocupação principal, nesta amostra 53,1% dos trabalhadores ativos são do género feminino, a maior percentagem de desempregados verifica-se também no género feminino (65,9%), mas em relação à incapacidade permanente verifica-se que a maior percentagem de indivíduos é do género masculino (53,7%).

O mesmo procedimento foi aplicado na amostra C e D, no que respeita à utilização do teste estatístico Qui-quadrado e no que respeita à escolha das variáveis a cruzar com a

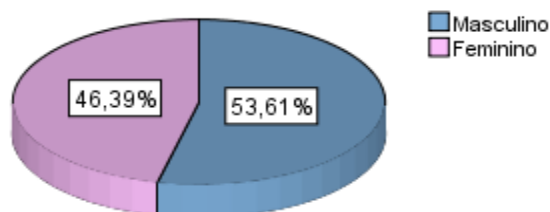
variável género. O teste estatístico aplicado permite-nos afirmar (com sig. $\leq 0,05$) que existe relação entre o género e o facto de ter tensão arterial alta, ter dor crónica, ter depressão e a ocupação principal.

Gráfico15 – Distribuição de inquiridos por género – Amostra C



Na amostra C a depressão continua a ser mais evidente no género feminino (80,2%), bem como a dor crónica com 67,5% dos indivíduos do género feminino e a tensão arterial alta com 64,1%. Em relação à ocupação principal, nesta amostra 54,6% dos trabalhadores ativos são do género feminino e a maior percentagem de desempregados verifica-se também no género feminino (59,9%). Em relação à incapacidade permanente verifica-se uma diferença ligeira entre os dois géneros. Dos indivíduos com incapacidade permanente, 50,7% são do género masculino e só 49,3% são do género feminino.

Gráfico16 – Distribuição de inquiridos por género – Amostra D



Na amostra D mantem-se com mais evidência no género feminino a depressão (74,3%), a dor crónica (56,5%) e a tensão arterial alta com 52,3%. Em relação à ocupação principal, nesta amostra 44,8% dos trabalhadores ativos são do género feminino e a maior percentagem de desempregados verifica-se também no género feminino (51,9%). A incapacidade permanente atinge 56,9% dos indivíduos do género masculino.

As análises efetuadas às amostras C e D não permitem por si só tirar conclusões sobre o facto de o índice de qualidade de vida no género feminino ser superior ao do género masculino, contrariando os resultados da maior parte dos estudos sobre esta matéria. De facto em relação às doenças crónicas analisadas continua a ser mais o género feminino a referi-las. No entanto é de realçar que nas amostras C e D a questão da incapacidade permanente é mais evidente no género masculino do que no feminino, o que pode constituir um dos indicadores que explicam a alteração observada nas médias do índice de qualidade de vida das respetivas amostras. Seria importante assim continuar a análise com outros indicadores.

Outro ponto a merecer atenção é o facto de nas amostras estudadas a hipertensão ser superior no género feminino do que no género masculino o que é contrário a estudos efetuados sobre a prevalência da hipertensão na população portuguesa. Referem Cortez-Dias, Martins, Belo e Fiuza (2009), num estudo transversal de uma amostra representativa dos adultos residentes em Portugal continental e ilhas, que a prevalência de hipertensão arterial na população portuguesa é de 42,1% e 49,5% são do género masculino e 38,9% do género feminino. De referir ainda que apesar da prevalência da hipertensão ser maior no género masculino do que no género feminino, o conhecimento da situação de hipertenso é menos conhecido nos homens do que nas mulheres (Macedo, Lima, Silva, Alcântara, Ramalinho, & Carmona, 2007). Os estudos sobre a dor confirmam a maior prevalência de dor crónica no género feminino e o aumento da mesma com a idade (Castro-Lopes, Saramago, Romão, & Paiva, 2010).

De referir ainda que na amostra C e D, o Índice de Qualidade de Vida em Saúde, não contempla perguntas relacionadas com a saúde mental (Área 15 do 4º INS), nem as perguntas relacionadas com a qualidade de vida (Área 17 do 4º INS), pelas razões já apontadas no ponto 3.3.4. A exclusão destas questões pode explicar em parte os resultados obtidos o que vai ao encontro do referido por Lahelma (1999) citado por Vintém (2008) quando menciona que estudos mais recentes demonstraram que a diferença entre géneros varia conforme os indicadores utilizados e a idade.

4.4.3 Índice de qualidade de vida em saúde segundo o grupo etário

A noção comum é a de que a percepção entre qualidade de vida em saúde e a idade é a de uma relação inversa, ou seja, os mais velhos têm uma percepção menor da sua qualidade de vida do que os mais novos. Esta conceção é fundamentada em vários estudos que confirmam a associação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e a percepção do estado de saúde (Anes, & Ferreira, 2009; Ferreira, & Santana, 2003; Hemingway, Stafford, Stansfeld, Shihey, & Marmot 1997; Vintém, 2008; Barros, Zanchetta, Moura, & Malta, 2009).

A análise descritiva da variável permite reconhecer em todas as amostras, que o índice médio de vida é superior nos grupos etários mais baixos, e mais baixo nos grupos etários mais elevados. No entanto refere Hemingway, Stafford, Stansfeld, Shihey e Marmot (1997), numa pesquisa efetuada com o questionário geral de saúde, SF-36, que o decréscimo da saúde com a idade não é regular.

Tabela 17 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo o grupo etário

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
GRUPO ETÁRIO					
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	15-19	71,00 ± 8,58	69,02 ± 7,57	71,89 ± 6,84	67,20 ± 7,94
	20-24	73,09 ± 7,63	69,69 ± 8,17	72,92 ± 7,22	67,21 ± 8,84
	25-29	73,20 ± 8,82	70,75 ± 8,71	73,25 ± 7,98	67,08 ± 9,77
	30-34	70,82 ± 9,39	68,21 ± 9,21	71,77 ± 8,77	65,44 ± 10,09
	35-39	72,10 ± 9,70	68,44 ± 9,68	70,83 ± 8,37	64,74 ± 10,07
	40-44	70,14 ± 9,65	67,56 ± 9,74	70,88 ± 8,91	64,48 ± 10,48
	45-49	69,06 ± 10,34	66,43 ± 9,84	69,81 ± 8,75	64,18 ± 10,02
	50-54	68,58 ± 10,53	65,33 ± 10,70	68,18 ± 9,03	62,99 ± 10,22
	55-59	64,71 ± 10,31	63,25 ± 10,84	66,62 ± 8,76	61,75 ± 10,26
	60-64	62,59 ± 11,06	61,27 ± 11,33	65,09 ± 8,78	60,43 ± 10,06
	65-69	63,34 ± 10,10	60,60 ± 10,41	64,40 ± 8,40	60,01 ± 9,27
	70-74	60,97 ± 9,58	60,13 ± 9,47	63,89 ± 7,43	59,80 ± 8,31
	75-79	60,50 ± 8,86	59,09 ± 8,98	63,36 ± 7,49	59,54 ± 8,15
80-84	60,55 ± 9,11	60,25 ± 9,17	64,29 ± 7,36	60,90 ± 7,96	
>=85	60,51 ± 9,57	58,85 ± 9,48	65,22 ± 7,38	61,92 ± 7,98	

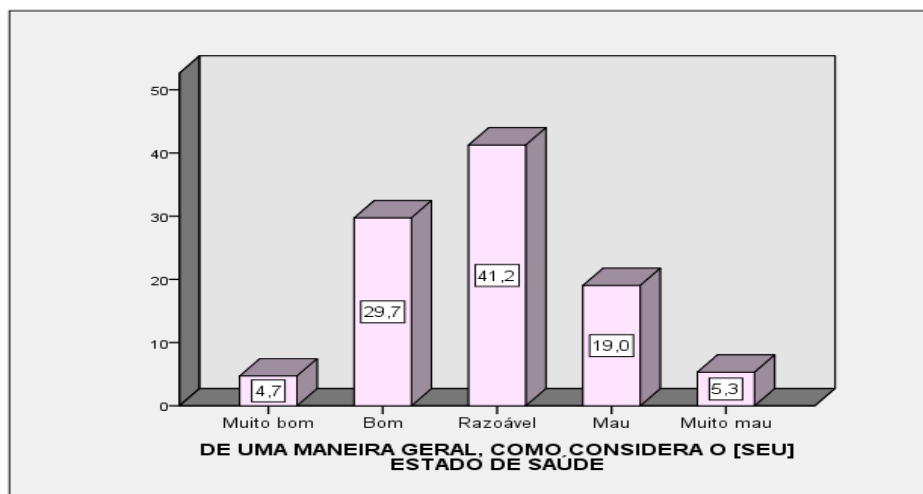
A observação minuciosa da tabela 17 permite confirmar que o decréscimo do índice médio de qualidade de vida não é constante, existindo grupos etários, com índices médios de qualidade de vida superiores aos grupos etários antecedentes.

Para o estudo da variável dependente em função do grupo etário utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. A utilização do teste permite-nos dizer (com sig. ≤ 0.05) que a distribuição do índice de qualidade de vida em saúde não é igual em todos os grupos e que vai diminuindo à medida que o grupo etário aumenta.

Para complementar o estudo da variável idade e atendendo ao descrito na literatura entendeu-se relevante fazer a análise desta variável em função da perceção que têm do seu estado de saúde. Para tal foi aplicado o teste de independência do Qui-quadrado em todas as amostras, que permitiu concluir (com sig. $\leq 0,05$) que as variáveis não são independentes.

Relativamente à amostra A, dos indivíduos que consideravam o seu estado de saúde muito bom e bom, 12,9% pertencem ao grupo etário dos 20 aos 24 anos, 21% dos 25 aos 29 anos e 18% dos 30 aos 34 anos. Em relação aos grupos etários mais elevados, dos indivíduos que consideram o seu estado de saúde como bom e muito bom, 7,6% pertencem ao grupo etário dos 70 aos 74 anos, 6% são do grupo etário dos 75 aos 79 anos, 2,2% dos 80 aos 84 anos e 3,3% tem 85 anos ou mais.

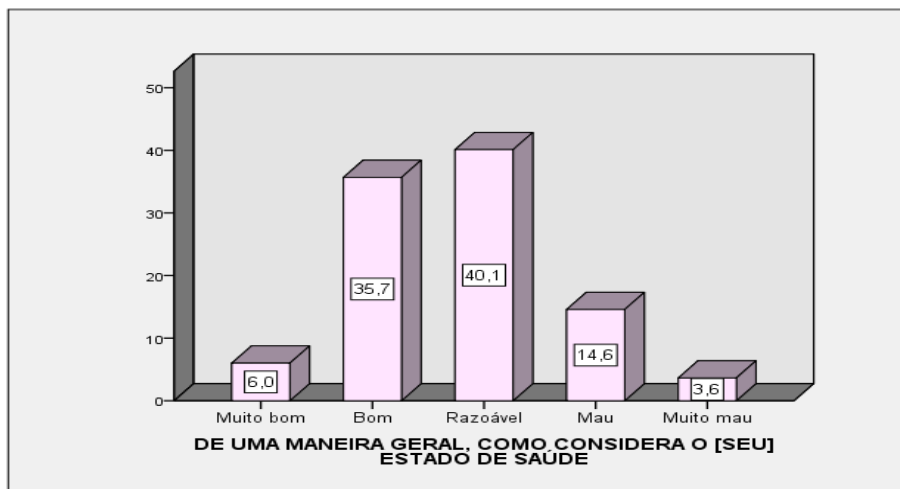
Gráfico17 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra A



Pelo contrário, a percepção negativa do estado de saúde até aos 29 anos é muito baixa (0,9% dos indivíduos que consideram o seu estado de saúde mau e muito mau pertencem ao grupo etário dos 25 aos 29 anos). A percepção de estado de saúde ser mau e muito mau aumenta significativamente a partir do grupo etário dos 50 aos 59 anos (16,8%), tem o seu pico no grupo etário dos 70 aos 74 anos, (48,4%), e nos grupos etários seguintes diminui (só 19% dos indivíduos entre os 80 e os 84 anos e 10,2% dos indivíduos com mais de 85 anos considera o seu estado de saúde mau e muito mau).

A amostra B apresenta uma distribuição semelhante à anterior. A maior parte dos indivíduos considera o seu estado razoável ou bom. Em relação aos que consideram muito bom e bom, 20,1% estão no grupo etário dos 25 aos 29 anos, 11,5% pertencem ao grupo etário dos 55 aos 59 anos e só 4,5% se situa no grupo etário dos 75 aos 79 anos. Quem considera o seu estado de saúde mau ou muito mau são essencialmente os grupos etários mais elevados com 26,9% dos indivíduos a pertencerem ao grupo etário dos 65 aos 69 anos e 43,7% ao grupo etário dos 70 aos 74 anos, diminuindo gradualmente nos grupos etários seguintes.

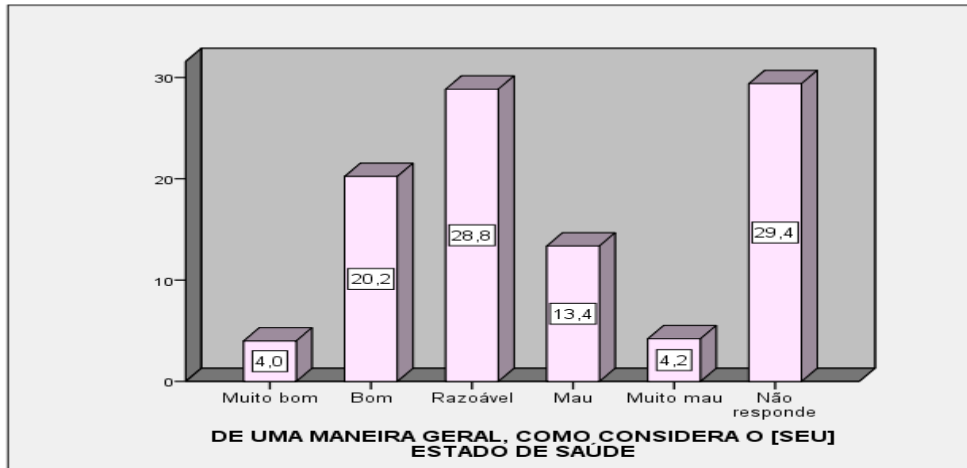
Gráfico18 – Percentagem de inquiridos por percepção do estado de saúde – Amostra B



As amostras C e D apresentam distribuições semelhantes e com valores que nos conduzem às mesmas conclusões das amostras anteriores. Nestas amostras existem indivíduos que não responderam à pergunta por limitações do próprio INS (pergunta

para pessoas até 14 anos com informação a ser dada por outrem a pessoas de 15 anos ou mais sendo o próprio a responder).

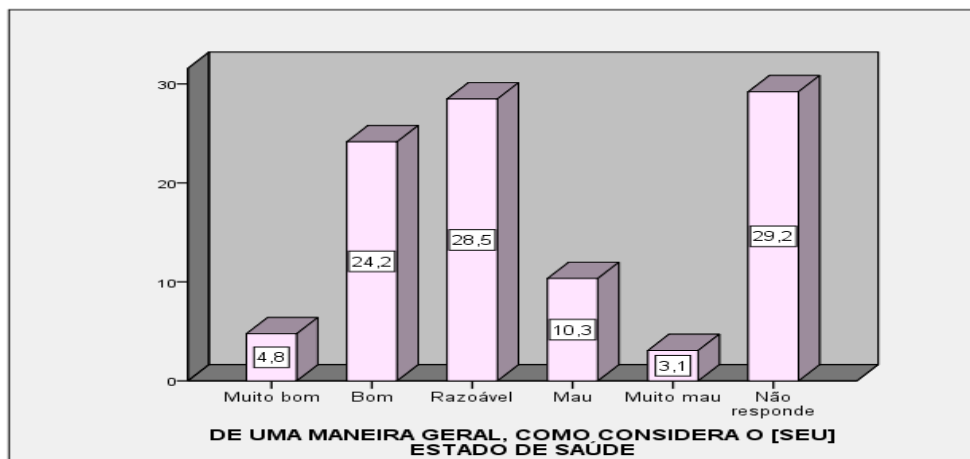
Gráfico19 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra C



Na amostra C, dos indivíduos que responderam ter uma qualidade de vida muito boa e boa, 18,3% pertencem ao grupo etário 20 a 24 anos e 22% ao grupo etário dos 25 aos 29 anos. Essa perceção aumenta até ao grupo etário dos 40 aos 44 anos (27,2%) e começa a diminuir a partir do grupo etário seguinte, sendo que 19,7% são do grupo etário dos 45 aos 49 anos e 4,2% do grupo etário dos 75 aos 79 anos. Contrariamente a perceção do estado de saúde ser mau e muito mau é sentida em 33,4% dos indivíduos do grupo etário dos 75 aos 79 anos e em 2,1% dos indivíduos do grupo etário dos 30 aos 34 anos.

Na amostra D, dos indivíduos que responderam, a maior percentagem considera o seu estado de saúde razoável. O grupo etário que mais identifica o seu estado de saúde como

Gráfico 20 – Percentagem de inquiridos por perceção do estado de saúde – Amostra D



muito bom e bom é o dos 40 aos 44 anos (27,5%). O grupo etário que identifica o seu estado de saúde como mau e muito mau com mais evidência é o grupo etário dos 70 aos 74 anos (36,3%).

Os resultados obtidos com estas amostras vão ao encontro com o descrito na literatura. Em relação aos resultados dos INS 1995/1996 e 1998/1999, Vintém (2008) refere que a percentagem de pessoas com auto percepção positiva do seu estado de saúde diminui à medida que a idade aumenta. Inversamente a auto percepção negativa do estado de saúde é mais frequentemente referida por indivíduos com nível etário superior a 45-54 anos (Graça, & Dias, 2001).

Efetuiu-se também o estudo da variável idade com o facto de ter pelo menos uma doença crónica. A aplicação do teste de independência do Qui-quadrado permitiu confirmar (com sig. $\leq 0,05$), que existe uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Na amostra A mais de três quartos da população (76,1%) refere ter pelo menos uma doença crónica. Comparando alguns grupos etários verifica-se que nos grupos etários dos 25 aos 29 anos, dos 45 aos 49 anos e no dos 75 aos 79 anos, respetivamente 38,0%, 69,4% e 95,3% referem ter pelo menos uma doença crónica.

Em relação à amostra B a percentagem de indivíduos que refere ter pelo menos uma doença crónica é de 70,9%. Dos indivíduos que têm doença crónica 1,4% pertence ao grupo etário dos 20 aos 24 anos, e 12,1% pertence ao grupo etário dos 70 aos 74 anos. As amostra C e D seguem distribuição semelhante com, respetivamente, 67,4% e 65,1% dos indivíduos a referirem ter uma doença crónica, e em que os grupos etários mais elevados apresentam maior evidência de doença crónica do que os grupos etários mais baixos.

Nos estudos sobre qualidade de vida da população e percepção do estado de saúde a idade é um fator a ter em conta uma vez que o estado de saúde apercebido e as limitações físicas se modificam com a idade (Ferreira, & Santana, 2003). As tendências da diminuição da auto percepção positiva do estado de saúde consoante o aumento da idade, são portadoras de significados sociais, por isso não devemos ver a idade só como

um atributo biológico, mas perceber a relação entre o envelhecimento biológico e social (Vintém, 2008). Ressalta assim a pertinência de prosseguir o estudo analisando variáveis sociais relacionadas com a manutenção dos papéis sociais, relacionais e ocupacionais no seio da família e na comunidade em geral.

4.4.4 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a situação civil e conjugal

O estado marital dos indivíduos que de certa maneira representa o isolamento em que as pessoas se encontram, é uma condição a ser estudada pois condiciona a percepção que os indivíduos têm em relação ao seu estado de saúde (Ferreira, & Santana, 2003)

Tabela 18 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a situação civil e conjugal

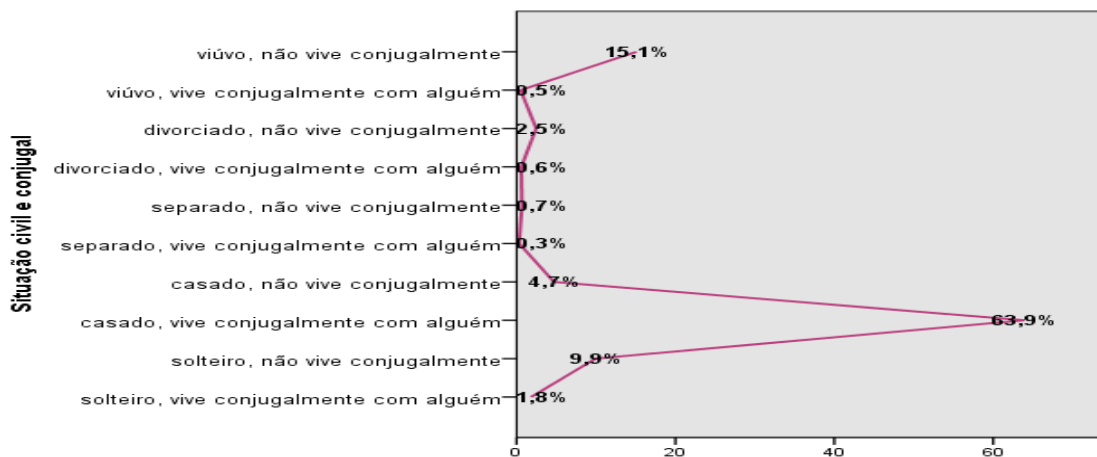
		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
SITUAÇÃO CIVIL E CONJUGAL					
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	Solteiro, vive conjugalmente com alguém	71,63 ± 9,77	68,29 ± 8,71	69,09 ± 8,03	64,54 ± 9,44
	Solteiro, não vive conjugalmente	68,40 ± 10,51	66,91 ± 10,41	71,27 ± 8,57	63,53 ± 9,82
	Casado, vive conjugalmente com alguém	66,66 ± 10,74	64,84 ± 10,46	67,97 ± 9,00	66,04 ± 10,04
	Casado, não vive conjugalmente	67,22 ± 10,68	65,92 ± 10,54	68,76 ± 8,08	62,94 ± 9,56
	Separado, vive conjugalmente com alguém	64,25 ± 8,76	64,00 ± 8,32	67,74 ± 9,06	62,37 ± 10,20
	Separado, não vive conjugalmente	65,37 ± 8,22	58,68 ± 10,99	65,20 ± 8,76	60,06 ± 10,22
	Divorciado, vive conjugalmente com alguém	62,06 ± 9,63	63,97 ± 10,94	64,37 ± 8,95	60,25 ± 9,63
	Divorciado, não vive conjugalmente	62,87 ± 11,00	61,98 ± 11,05	65,40 ± 8,61	60,56 ± 9,85
	Viúvo, vive conjugalmente com alguém	61,78 ± 6,92	61,14 ± 6,69	63,80 ± 7,19	59,19 ± 8,13
	Viúvo, não vive conjugalmente	60,32 ± 9,31	58,84 ± 9,60	63,69 ± 7,58	60,28 ± 8,47

Numa análise genérica, a tabela mostra que os indivíduos solteiros apresentam um índice médio de qualidade de vida em saúde mais elevado do que os indivíduos das outras categorias e que os viúvos correspondem à categoria com índice médio de qualidade de vida em saúde mais baixo. A correspondência entre viver conjugalmente ou não, não é linear. Existem categorias onde quem vive conjugalmente apresenta melhores índices de qualidade de vida em saúde dos que não vivem conjugalmente e outras categorias em que acontece o oposto.

Para a análise do índice de qualidade de vida segundo a situação civil e conjugal utilizou-se o teste estatístico Kruskal-Wallis em todas as amostras. A aplicação do teste (com sig. $\leq 0,05$) revelou que a distribuição do índice de qualidade de vida em saúde é diferente entre pelo menos uma das categorias da situação civil e conjugal.

Na amostra A, mais de metade da população é casada e vive conjugalmente com alguém (63,9%). De um total de 32,9% de indivíduos que não vivem conjugalmente 15,1% são viúvos e 9,9% é solteiro. As outras categorias são pouco expressivas.

Gráfico 21 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra A

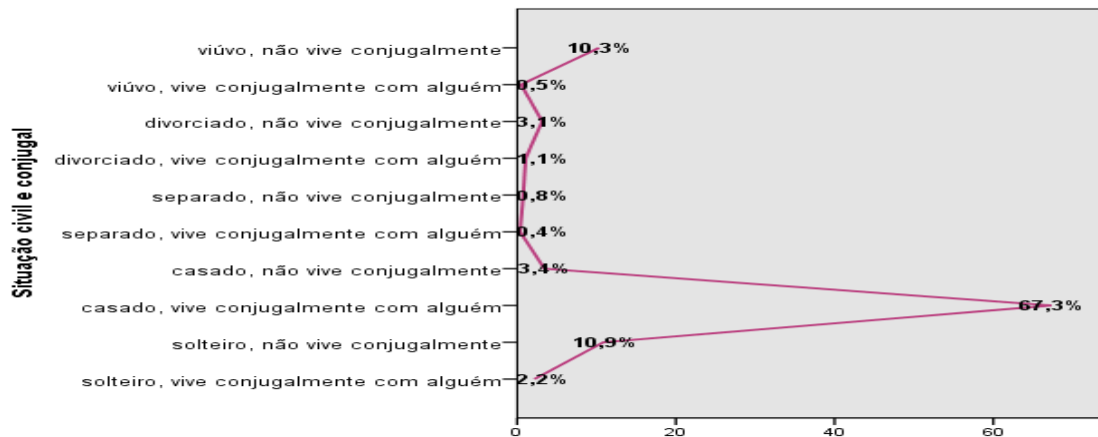


Nesta amostra são os solteiros que vivem conjugalmente com alguém os que apresentam maior índice médio de qualidade de vida em saúde, e os viúvos que não vivem conjugalmente são os que apresentam menor índice médio de qualidade de vida em saúde. Só as categorias dos solteiros e dos viúvos que vivem conjugalmente com alguém apresentam maior índice médio de qualidade de vida em saúde, em relação aos

que não vivem conjugalmente. Nas outras categorias (casado, separado e divorciado) o índice médio de vida é superior nos que não vivem conjugalmente com alguém.

Na amostra B os solteiros que vivem conjugalmente com alguém são os que apresentam melhor índice médio de qualidade de vida em saúde e os viúvos que não vivem conjugalmente apresentam pior índice médio de qualidade de vida em saúde. Comparando as categorias, só os casados que não vivem conjugalmente é que apresentam maior índice de qualidade de vida em saúde. Nas restantes categorias o índice médio de qualidade de vida em saúde nos indivíduos que vivem conjugalmente é superior ao dos que não vivem conjugalmente.

Gráfico 22 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra B



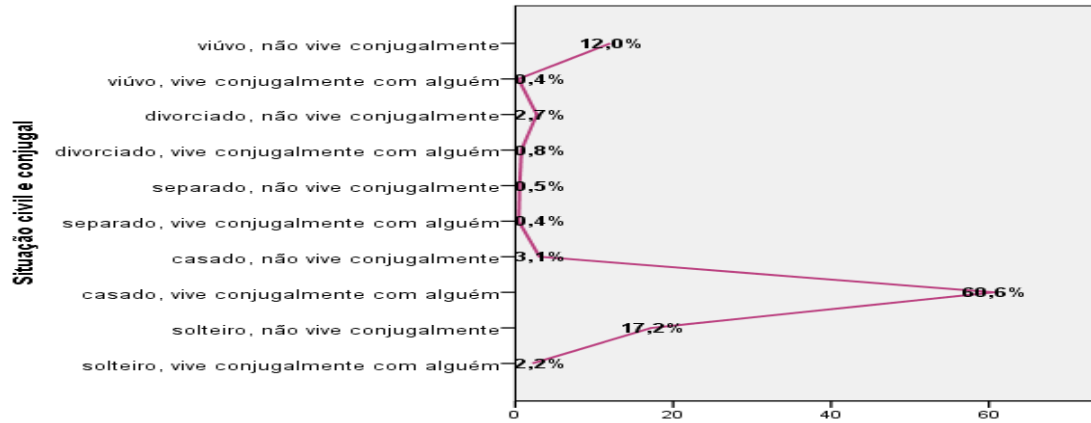
Na amostra B, 28,5% dos indivíduos não vive conjugalmente. As situações conjugais mais manifestadas são de casado a viver conjugalmente com alguém (67,3%), solteiro a não viver conjugalmente (10,9%) e viúvo a não viver conjugalmente (10,3%).

Na amostra C apresentam maior índice de qualidade de vida, os solteiros, casados e divorciados que não vivem conjugalmente, em relação aos que vivem conjugalmente. A condição inverte-se nas outras categorias. Em termos globais os maiores índices médios de qualidade de vida em saúde continuam a verificar-se nos solteiros e os índices mais baixos nos viúvos.

A distribuição dos indivíduos da amostra C assemelha-se às anteriores no que respeita às categorias. A maior parte dos indivíduos da amostra é casado e vive conjugalmente

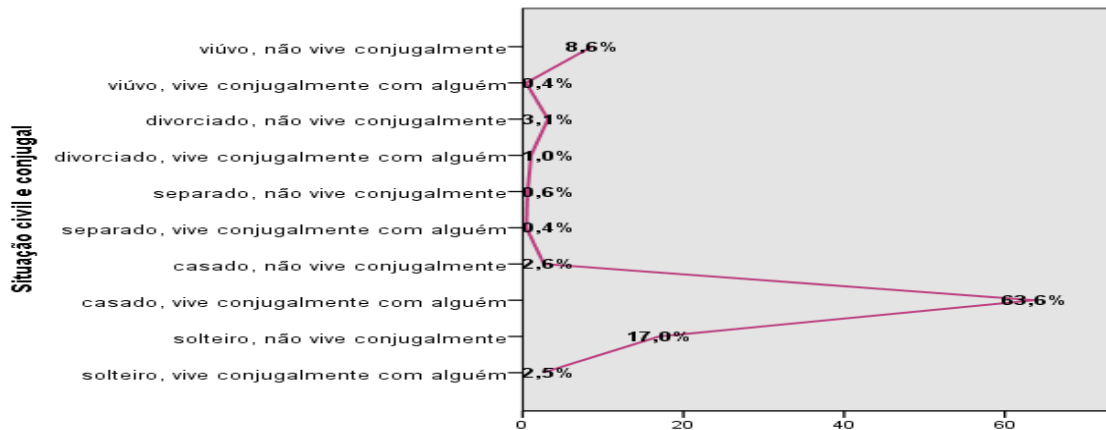
com alguém (60,6%). Do total da amostra 35,5% dos indivíduos não vivem conjugalmente e destes 17,2% são solteiros e 12,0% são viúvos.

Gráfico 23 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra C



A amostra D é composta por 31,9% de indivíduos que não vivem conjugalmente dos quais 17,0% são solteiros e 8,6% são viúvos.

Gráfico 24 – Percentagem de inquiridos por situação civil e conjugal – Amostra D



Na Amostra D os indivíduos que apresentam maior índice médio de qualidade de vida em saúde são os casados que vivem conjugalmente com alguém e são os viúvos que vivem conjugalmente com alguém que apresentam menor índice de qualidade de vida em saúde. De entre as várias categorias, têm maior índice médio de qualidade de vida em saúde os solteiros, casados e separados que vivem conjugalmente em relação aos que não vivem conjugalmente, bem como os divorciados e viúvos que não vivem conjugalmente em relação aos que vivem conjugalmente.

Da análise efetuada às amostras confirma-se a circunstância de que o índice médio de qualidade de vida em saúde é mais alta nos solteiros e nos casados em comparação com os separados, divorciados e viúvos conforme refere também um estudo de Ferreira e Santana (2003). Também no que respeita à situação de viver ou não conjugalmente com alguém deve-se referir que, nas amostras do estudo, nem sempre a condição de viver conjugalmente correspondeu a melhor índice de qualidade de vida em saúde. Num estudo desenvolvido por Anes e Ferreira (2009) é referido que na relação entre a perceção da qualidade de vida e a situação familiar, parece observar-se pontuações de qualidade de vida mais favoráveis nos indivíduos que não vivem sós.

Os dados apresentados pelas amostras quanto à situação civil são muito diferentes dos revelados pelo Censos 2011 (INE 2011). Os dados apresentados pelo Censos 2011 revelam que 32,5% dos indivíduos são solteiros, 52,8% são casados, 6,0% são divorciados e 8% viúvos, e não espelham os obtidos nas amostras deste estudo. Atendendo a que as amostras resultam de dados da população do 4º INS realizado em 2005/2006, é pois interessante compará-los, pois os dados parecem refletir uma evolução da população em termos de situação civil. Na amostra D por exemplo, 19,5% dos indivíduos são solteiros, 66,2% são casados, 4,1% são divorciados e 9,0% são viúvos. Assim podemos considerar que em cinco anos, a situação civil da população se traduziu por um aumento do número de indivíduos solteiros e de indivíduos divorciados e uma diminuição do número de indivíduos casados e viúvos.

Para complementar o estudo e no sentido de fundamentar os dados obtidos pelas amostras, foi-se apurar a relação existente entre o género e a situação civil e conjugal. Para tal aplicou-se o teste do Qui-quadrado, que permitiu analisar a relação existente entre as duas variáveis. Podemos assim concluir (com sig. $\leq 0,05$) e para todas as amostras que existe relação entre a situação civil e conjugal e o género.

Em relação à amostra A, é formada por 36,8% de homens e 63,2% de mulheres. 72% dos homens vive conjugalmente com alguém, e da população feminina só 64,4% vive em igual situação. Dos homens, 69,2% são casados e vivem conjugalmente com alguém e 6,8% não vive conjugalmente. Das mulheres 60,8% são casadas e vivem conjugalmente com alguém e 3,5% não vive conjugalmente. Das mulheres 0,7% são

divorciadas e vivem conjugalmente com alguém e dos homens 0,5% são divorciados e vivem com alguém. Na situação de viúvo, existem mais mulheres que são viúvas (19,6%) do que homens viúvos (8,7%) e a não viverem conjugalmente existem mais mulheres (19,1%) do que homens (8,2%). Nesta amostra 11,3% das mulheres são solteiras e 9,3% não vivem conjugalmente. Dos homens 12,7% são solteiros e 11,1% não vive conjugalmente.

Na amostra B, é constituída por 46,8% de homens e 53,2% de mulheres. 77,6% dos homens vive conjugalmente com alguém, e da população feminina só 66,2% vive em igual situação. 13% das mulheres são solteiras e 2,1% vive conjugalmente com alguém. 13,1% dos homens são solteiro e 2,3% vive conjugalmente com alguém. A amostra tem mais homens casados (77,5%) do que mulheres casadas (67,8%). Dos homens casados 4,2% não vivem conjugalmente. Das mulheres casadas 2,7% também não vivem conjugalmente. Existem mais mulheres viúvas (15,4%) do que homens viúvos (5,6%). Existem mais mulheres viúvas que não vivem conjugalmente (14,9%) do que homens viúvos em igual situação (5,1%).

A amostra C é composta por 44,0% de homens e 56,0% de mulheres. Dos homens 67,7% vivem conjugalmente com alguém e das mulheres, 61,9% apresenta a mesma situação. Dos homens solteiros 21,0% não vive conjugalmente e das mulheres solteiras não vivem conjugalmente 14,3%. Dos homens 63,7% são casados e vivem conjugalmente com alguém, e 3,8% não vive conjugalmente. Em relação às mulheres 58,2% são casadas a viver conjugalmente com alguém e 2,5% não vive com alguém. Existem mais mulheres viúvas do que homens viúvos. Existem mais mulheres viúvas que não vivem conjugalmente (17,4%) do que homens na mesma condição (5,2%).

Na amostra D, 72% de homens vivem conjugalmente e 63,4% de mulheres também. Dos homens 18,9% são solteiros e não vivem conjugalmente, das mulheres 14,8% têm a mesma condição. A amostra é composta por mais homens casados que vivem conjugalmente (67,5%) do que por mulheres casadas (59,2%) na mesma condição. Existem mais mulheres viúvas a não viverem conjugalmente (14,3%) do que homens viúvos (3,7%) a não viverem conjugalmente.

Tomando em conta novamente os dados do INE do Censos 2011 verifica-se que 51,7% dos solteiros, 49,8% dos casados, 41,3% dos divorciados e 18,6% dos viúvos são homens. Os resultados apurados por exemplo com a amostra D dão conta de resultados distintos, revelando que 59,1% dos solteiros, 57,0% dos casados, 39,8% dos divorciados e 24,2% dos viúvos são homens, o que sugere terem decorrido alterações sociais e familiares significativas ao longo dos anos.

Dos resultados obtidos pelas amostras ressaltam os seguintes aspetos: 1) Existem mais mulheres do que homens nas condições de divorciada, separada ou viúvas; 2) Existem mais homens na condição de solteiro ou casado do que mulheres nessa condição.

4.4.5 Índice de qualidade de vida em saúde segundo os anos de escolaridade com aproveitamento

O nível de escolaridade é considerado um indicador reconhecidamente útil na análise das questões de saúde (WHO, 1996). Aos diferentes níveis de escolaridade estão associados diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem para a explicação da maneira como cada indivíduo percebe o seu estado de saúde (Vintém, 2008). Refere Barros (2003) que em média, o aumento de cinco anos de escolaridade evita uma depreciação do estado de saúde de dois meses, assim um indivíduo com menos cinco anos de escolaridade do que outro, é como se fosse dois meses mais velho.

Tabela 19 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo os anos de escolaridade com aproveitamento

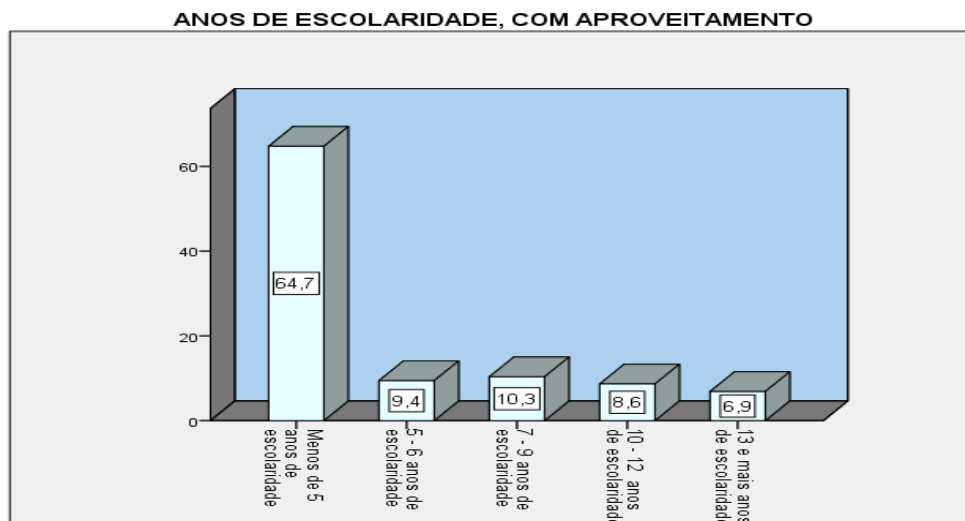
		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
ANOS DE ESCOLARIDADE COM APROVEITAMENTO					
		$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$	$\bar{x} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	Menos de 5 anos de escolaridade	62,16 ± 9,56	60,39 ± 9,63	64,55 ± 7,63	59,75 ± 8,58
	5-6 anos de escolaridade	68,62 ± 9,53	65,59 ± 9,46	68,70 ± 7,75	62,34 ± 9,06
	7-9 anos de escolaridade	71,06 ± 8,16	67,30 ± 9,02	71,02 ± 7,70	64,94 ± 9,35
	10-12 anos de escolaridade	73,97 ± 8,83	70,36 ± 9,11	73,60 ± 8,12	67,58 ± 9,65
	13 e mais anos de escolaridade	78,50 ± 8,95	73,64 ± 9,03	78,12 ± 8,35	72,53 ± 9,67

Para o estudo do índice de qualidade segundo os anos de escolaridade com aproveitamento, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. A aplicação do teste foi realizada a todas as amostras e as conclusões retiradas com a aplicação do mesmo são comuns a todas elas. Assim a utilização do teste permite-nos dizer (com sig. ≤ 0.05) que existe pelo menos uma categoria em que a distribuição do índice de qualidade de vida em saúde é diferente das outras. Estes resultados são consolidados por outros estudos nesta matéria (Ferreira, & Santana, 2003; Vintém, 2008)

Pela análise da tabela 19 pode-se verificar que os índices médios de qualidade de vida em saúde aumentam consoante o aumento do número de anos de escolaridade com aproveitamento. Possuir um nível de escolaridade superior faz aumentar a perceção que o indivíduo possui do seu estado de saúde. Indivíduos com nível de instrução mais baixo tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de forma mais negativa do que indivíduos com níveis de instrução mais elevados (Ferreira, & Santana, 2003).

Para complementar o estudo considerou-se pertinente a análise desta variável em função do género. Na amostra A mais de metade (64,7%) dos indivíduos têm menos de 5 anos de escolaridade. Os indivíduos com 13 e mais anos de escolaridade representam somente 6,9% da amostra.

Gráfico 25 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra A



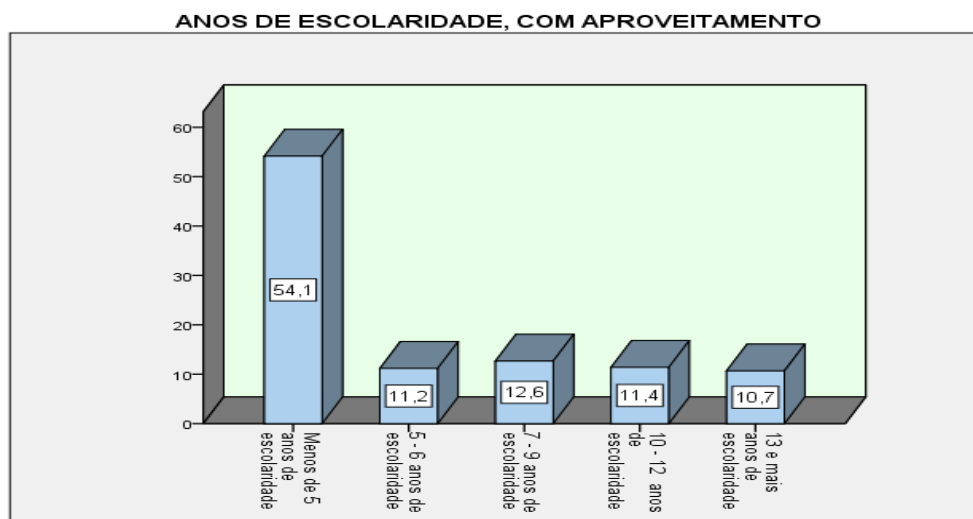
Recorrendo ao teste Qui-quadrado concluiu-se (com sig.= 0,06), para a amostra A, que a variável anos de escolaridade com aproveitamento não é independente do género. Os

dados mostram que o género feminino tem mais anos de escolaridade com aproveitamento do que os homens. 67% dos indivíduos do género masculino têm menos de 5 anos de escolaridade e só 4,5 % possuem 13 e mais anos de escolaridade. Em relação ao género feminino 63,4% dos indivíduos do género feminino têm menos de 5 anos de escolaridade mas 8,2% possuem 13 e mais anos de escolaridade com aproveitamento.

Outra variável de interesse, a considerar foi a ocupação principal em relação aos anos de escolaridade com aproveitamento. O teste de independência aplicado levou-nos a concluir (com sig. $\leq 0,05$) que existe relação entre as duas variáveis. É interessante verificar que 46,0% dos trabalhadores ativos têm menos de 5 anos de escolaridade e que só 10,4% têm 13 e mais anos de escolaridade. Em relação aos desempregados verifica-se que 50,8% dos desempregados têm menos de 5 anos de escolaridade e só 10,0% têm 13 anos ou mais. Curioso também que a maioria dos reformados desta amostra (88,2%) tem menos de 5 anos de escolaridade e que com esta escolaridade estão todos os indivíduos com situação de incapacidade permanente (100%).

A amostra B é caracterizada por uma população com nível de escolaridade baixo. Assim, 54,1% da população tem menos de 5 anos de escolaridade e só 10,7% tem 13 ou mais anos de escolaridade. O nível de escolaridade 7 a 9 anos é também significativo com 12,6% dos indivíduos.

Gráfico 26 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra B

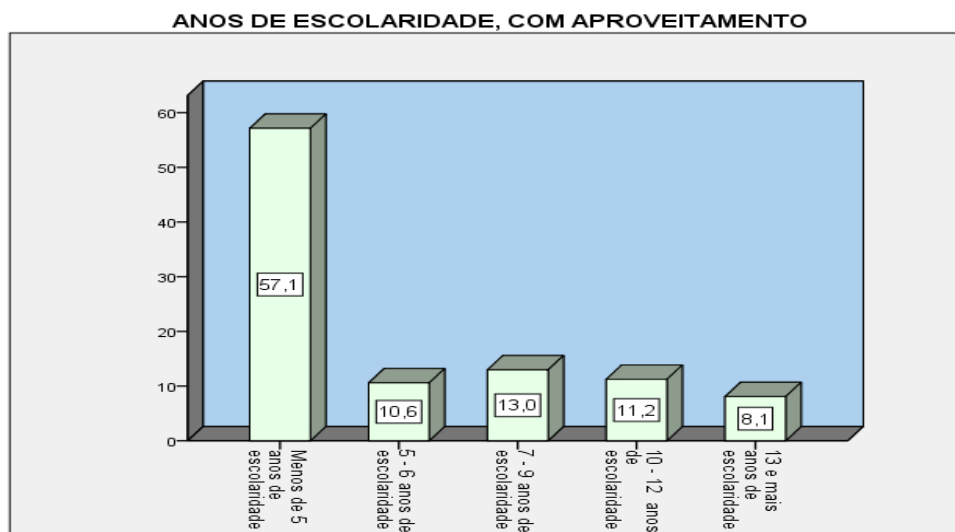


O teste do Qui-quadrado levou à conclusão (com sig. $\leq 0,05$), para a amostra B, que a variável anos de escolaridade com aproveitamento não é independente do género. Os dados mostram 55,7% dos indivíduos do género masculino têm menos de 5 anos de escolaridade e só 8,5 % possuem 13 e mais anos de escolaridade. No género feminino verifica-se que 52,8% dos indivíduos têm menos de 5 anos de escolaridade e 12,5% possuem 13 e mais anos de escolaridade com aproveitamento.

Em relação à variável ocupação principal, face aos anos de escolaridade com aproveitamento, o teste de independência aplicado às variáveis levou-nos a concluir (com sig. $\leq 0,05$) que existe relação entre as duas variáveis. Dos trabalhadores ativos 39,0% têm menos de 5 anos de escolaridade e que só 14,8% têm 13 e mais anos de escolaridade. A maior parte da população da amostra na situação de desempregado tem menos de 5 anos de idade (43,5%) e só 9,8% dos desempregados têm 13 ou mais anos de escolaridade. Os reformados são na sua maioria indivíduos com nível de escolaridade baixa e todos os indivíduos com situação de incapacidade permanente têm 6 anos ou menos de escolaridade.

Para a amostra C, com uma população em que 57,1% dos indivíduos tem menos de 5 anos de idade, 13,0% dos indivíduos têm entre 7 a 9 anos de escolaridade e só 8,1% tem 13 ou mais anos de idade, a análise efetuada é idêntica às anteriores.

Gráfico 27 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra C

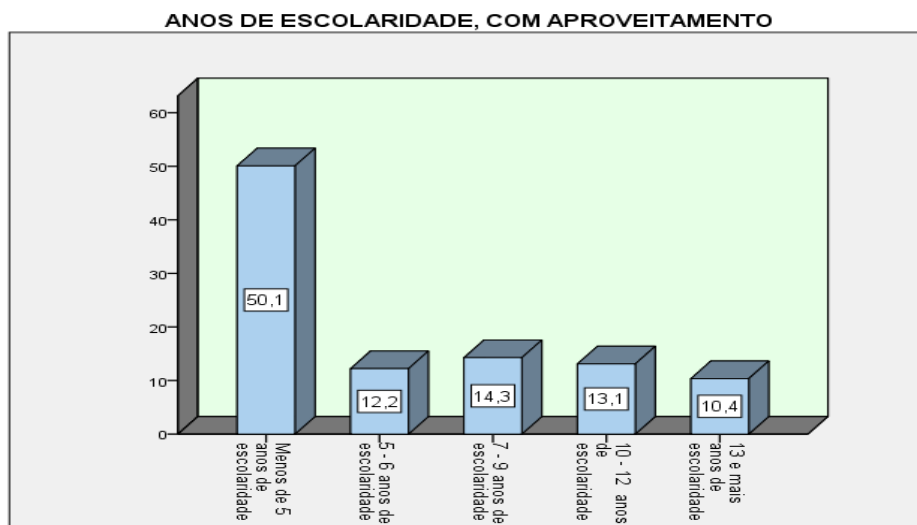


O teste de independência (com sig. $\leq 0,05$) confirma, também a relação existente entre os anos de escolaridade com aproveitamento e o género. Verifica-se que os indivíduos do género feminino detêm maior nível de escolaridade. Com 9 anos de escolaridade por exemplo existem mais indivíduos do género masculino do que do feminino no entanto esta situação inverte-se nos anos de escolaridade seguintes com 9,9% dos indivíduos do género feminino com 13 e mais anos de escolaridade.

Em relação à variável ocupação principal verifica-se pelo teste de independência (com sig. $\leq 0,05$) a sua relação com a avariável anos de escolaridade com aproveitamento. Mantem-se a situação do maior número de trabalhadores ativos (39,5%), desempregados (43,9%) e reformados (87,5%) terem menos de 5 anos de escolaridade. A situação de incapacidade permanente tem a sua maior expressão em indivíduos com menos de 5 anos de escolaridade (86,2%), havendo nesta amostra situações de incapacidade em indivíduos com níveis superiores de escolaridade

A amostra D assemelha-se às outras anteriores em termos de distribuição da população pelos níveis de escolaridade. A aplicação do teste de independência na amostra D conduz-nos às mesmas conclusões das amostras anteriores (com sig. $\leq 0,05$).

Gráfico 28 – Percentagem de inquiridos por anos de escolaridade com aproveitamento – Amostra D



Os níveis de escolaridade mais elevados continuam a ser liderados por indivíduos do género feminino. 26,8% dos indivíduos do género feminino têm mais de 10 anos de escolaridade e só 20,5% dos indivíduos do género masculino têm essa escolaridade.

Também nesta amostra se confirma a relação, pelo teste de independência (com sig. $\leq 0,05$), entre a variável ocupação principal e a variável anos de escolaridade com aproveitamento. O maior número de trabalhadores ativos (36,3%), desempregados (40,4%) e reformados (82,6%) têm menos de 5 anos de escolaridade. A situação de incapacidade permanente tem a sua maior expressão em indivíduos com menos de 5 anos de escolaridade (84,4%), havendo nesta amostra situações de incapacidade em indivíduos com níveis superiores de escolaridade. Não existem indivíduos com incapacidade permanente e com 13 anos ou mais de escolaridade.

O nível de escolaridade é um recurso que condiciona a saúde já que assume um papel importante na distinção dos indivíduos. Pessoas com níveis de escolaridade mais elevados tendem a aderir mais facilmente a medidas de prevenção da doença ou de promoção da saúde e são mais sensíveis para a necessidade de correção de hábitos e estilos de vida menos saudáveis (Vintém, 2008). Um indivíduo com maior escolaridade tende a fazer mais investimentos em saúde de modo a possuir um *stock* de saúde mais elevado, o que significa uma procura mais elevada de cuidados médicos (Barros, 2003).

4.4.6 Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal

Um aspeto importante da condição sócio económica é o fato da pessoa estar empregado, desempregado, reformado, a cuidar de alguém, ser estudante ou outra qualquer categoria. Muitos estudos abordam a situação sócio económica das pessoas no sentido de perceber se o facto de estar ou não desempregado tem influência no seu estado de saúde (WHO, 1996).

Tabela 20 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
OCUPAÇÃO PRINCIPAL					
		$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	Trabalhadores ativos	69,80 ± 9,91	67,05 ± 9,93	70,51 ± 8,69	64,68 ± 10,09
	Desempregados	64,70 ± 9,97	61,71 ± 10,28	65,94 ± 8,09	60,02 ± 9,34
	Reformados	61,56 ± 9,96	60,58 ± 10,20	64,23 ± 8,00	60,47 ± 9,01
	Permanentemente incapacitado	54,72 ± 9,57	52,80 ± 9,94	61,05 ± 7,45	57,14 ± 8,18
	Estágio não remunerado	76,08 ± 3,36	76,08 ± 3,36	72,44 ± 4,95	67,63 ± 8,06
	Outra situação	69,35 ± 11,85	64,39 ± 10,57	68,60 ± 8,38	62,33 ± 10,09

A análise descritiva da tabela permite observar que os índices médios de qualidade de vida em saúde mais elevados são obtidos por indivíduos em situação de estágio não remunerado. Os trabalhadores ativos ocupam a posição a seguir. O índice médio de qualidade de vida em saúde dos reformados é inferior ao dos desempregados. Os indivíduos com incapacidade permanente são os que apresentam menor índice médio de qualidade de vida em saúde.

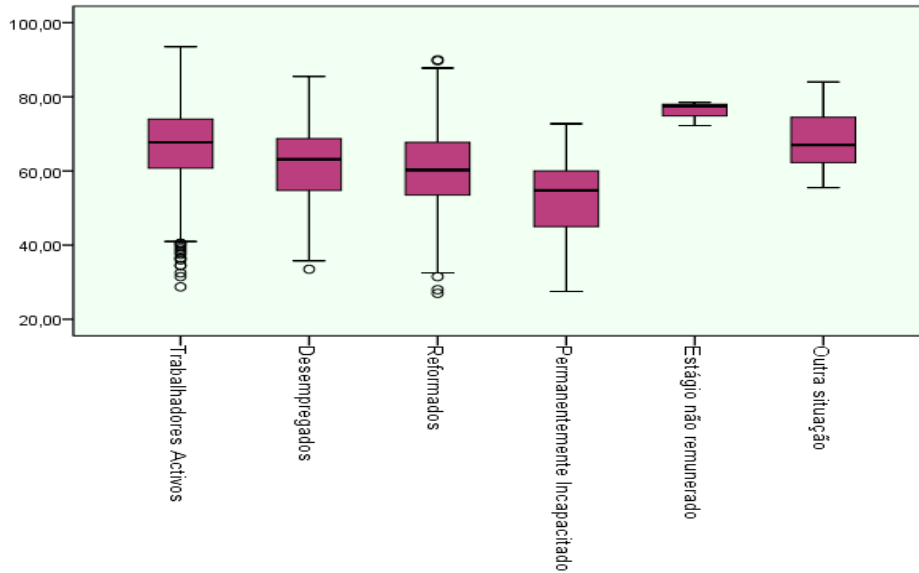
Para a análise do índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal foi aplicado o teste estatístico One-way ANOVA nas amostras A e B, depois de observadas as homogeneidades das variâncias através do teste de Levene (sig. = 0,562 para a amostra A e 0,269 para amostra B).

Assim na amostra A, a aplicação do teste One-way ANOVA (com sig. $\leq 0,05$) permite-nos concluir que os grupos populacionais não têm todos, igual índice médio de qualidade de vida em saúde. Existe pelo menos um grupo em que a média do índice de qualidade de vida é diferente dos outros. Para completar a análise foram assim, aplicados testes de comparação múltipla.

Os resultados obtidos permitem concluir (com sig. $\leq 0,05$) que existe evidência estatística em como a média do índice de qualidade de vida em saúde dos desempregados, dos reformados e dos que têm incapacidade permanente é diferente dos

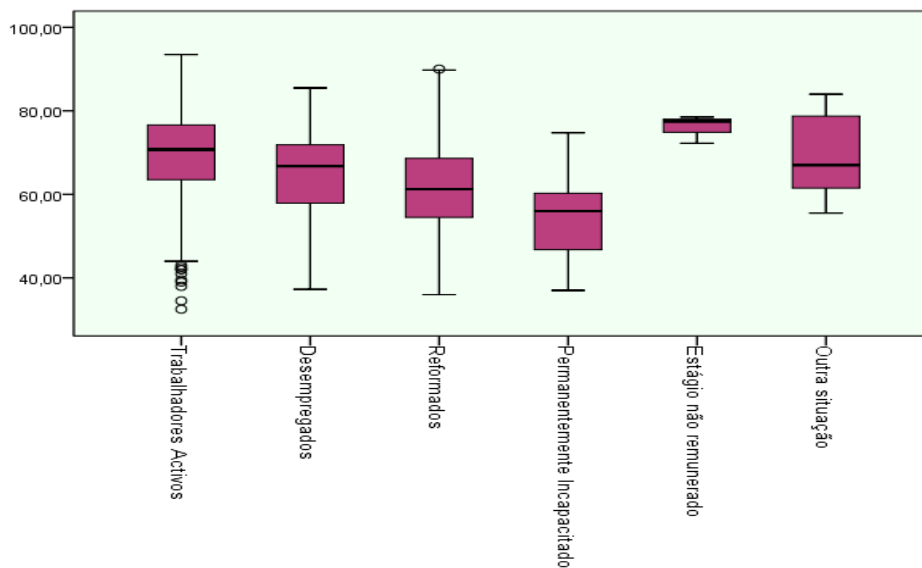
trabalhadores ativos. Podemos ainda concluir (com sig. $\leq 0,05$) que a média do índice de qualidade de vida em saúde dos desempregados, dos reformados e dos que têm estágio não remunerado é diferente da média dos que têm incapacidade permanente.

Gráfico 29 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra A



Para a amostra B foi igualmente efetuada a aplicação do teste One-way ANOVA que permitiu concluir (com sig. $\leq 0,05$) que os grupos populacionais não têm todos, igual índice médio de qualidade de vida em saúde. Existe pelo menos um grupo em que a média do índice de qualidade de vida é diferente dos outros. Para completar a análise foram assim, aplicados testes de comparação múltipla.

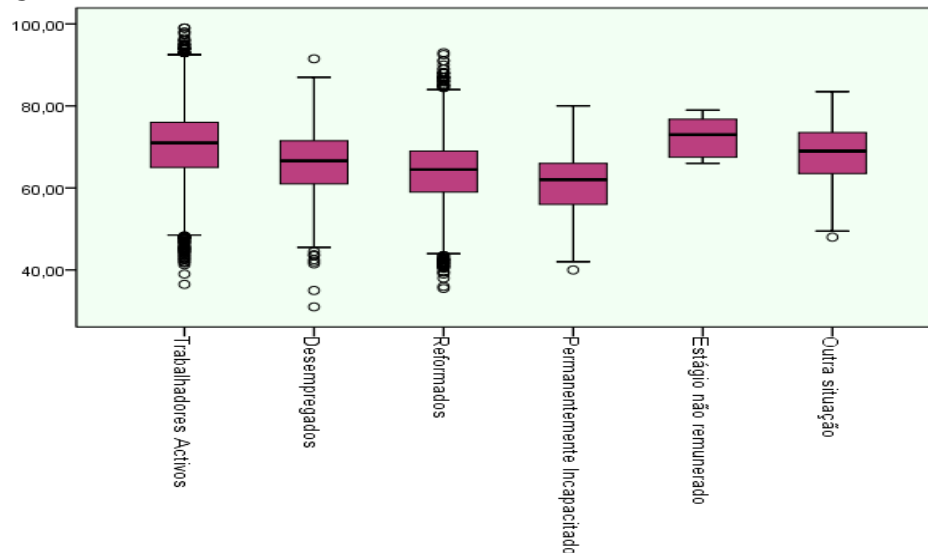
Gráfico 30 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra B



Os resultados obtidos permitem concluir (com sig. $\leq 0,05$) que existe evidência estatística em como a média do índice de qualidade de vida em saúde dos desempregados, dos reformados e dos que têm incapacidade permanente é diferente dos trabalhadores ativos. Podemos ainda verificar (com sig. $\leq 0,05$) que o índice médio de qualidade de vida em saúde dos que têm incapacidade permanente é diferente do índice médio de qualidade de vida em saúde de todos os outros grupos.

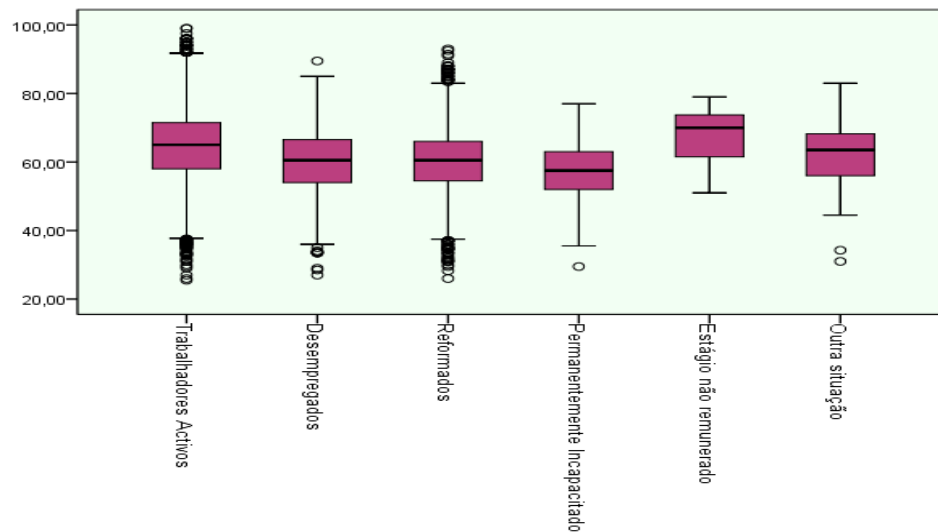
Para as amostras C e D atendendo à não homogeneidade das variâncias o teste aplicado foi o de Kruskal-Wallis.

Gráfico 31 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra C



Assim para a mostra C a aplicação do teste de Kruskal-Wallis (com sig. $\leq 0,05$) permite-nos dizer que a distribuição do índice de qualidade de vida não é igual em todas as situações perante o trabalho. Confirma-se assim que o índice de qualidade de vida em saúde nos indivíduos permanentemente incapacitados é inferior aos dos reformados, desempregados e trabalhadores ativos. Pode-se ainda acrescentar que o índice de qualidade de vida em saúde é mais baixo nos reformados do que nos desempregados. Esta condição pode ter a ver com a idade dos indivíduos que constituem a amostra. A condição de reformado ocorre normalmente em pessoas mais idosas e a situação de desempregado em pessoas mais novas com maior expectativa de futuro perante o mercado de trabalho.

Gráfico 32 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo a ocupação principal – Amostra D



Na amostra D a aplicação do teste de Kruskal-Wallis (com sig. $\leq 0,05$) permite-nos dizer que as situações perante o trabalho não têm igual distribuição do índice de qualidade de vida em saúde. De referir também que os indivíduos permanentemente incapacitados apresentam um índice de qualidade de vida em saúde inferior aos reformados, desempregados e trabalhadores ativos. Verifica-se ainda nesta amostra que os reformados apresentam índices de qualidade de vida em saúde superiores aos desempregados.

Perante os resultados obtidos é interessante estender o estudo no sentido de encontrar alguns indicadores que fundamentem a variação do índice de qualidade de vida em saúde mediante as várias situações perante o trabalho. A relação entre a ocupação principal e as variáveis género e nível de escolaridade já foram efetuadas aquando do estudo de cada uma destas, tendo-se confirmado que existe relação de dependência. A idade será com certeza também outro indicador com bastante peso nestas relações de dependência uma vez que de modo geral os reformados se encontram em faixas etárias mais elevadas e os trabalhadores ativos, e desempregados e com estágios não remunerados em faixas etárias mais baixas.

Refere o INE (2005) reportando-se ao 1º trimestre de 2005, que se verifica que o número de desempregados jovens diminuiu enquanto o dos restantes grupos etários aumentou. O aumento foi maior entre aqueles que têm idade compreendida entre 25 e 34 anos.

Em relação ao desemprego nos anos de aplicação do 4º INS os dados apresentados pelo IEFP (2009) revelam uma tendência decrescente de desemprego no género masculino (43% em 2005 e 42,4% em 2006) e uma tendência crescente no género feminino (57% em 2005 e 57,6% em 2006). Os valores de desemprego, que se obtiveram no presente estudo para o género feminino, nas amostras A e B (74,2% e 65,0% respetivamente), são superiores aos do IEFP. Para as amostras C e D (em que o número de observações é superior) os valores do desemprego no género feminino são de 59,9% e 51,9%, valores mais próximos aos fornecidos pelo IEFP. O número de desempregados no género masculino tem vindo a crescer atingindo 48,3% em 2010 (IEFP 2010). Em relação ao género feminino o número de desempregados diminuiu em 2008 e 2009 (56,6% e 52,7%) mas voltou a subir em 2010 (53,7%).

A taxa de desemprego obtida pelo estudo variou entre 5,1% e 5,8% conforme as amostras. Valores superiores foram os apresentados pelo INE para 1º trimestre de 2005, que revelam uma taxa de desemprego que atingiu os 7,5%, (INE, 2005), valor superior aos registados nos trimestres anterior e homólogo. Para o 4º trimestre de 2006 os valores do INE (2007) revelam que a taxa de desemprego foi de 8,2%, valor superior ao observado em 2005 em período homólogo.

No 4º trimestre de 2006 a taxa de desemprego dos homens foi de 7,0% e a das mulheres foi de 9,6% (INE 2007). Os valores obtidos através das amostras utilizadas no presente estudo foram mais baixas mas mantendo a tendência de serem menores nos homens do que nas mulheres (variando entre 3,9% e 4,8% nos homens e entre 6,4% e 7,1% nas mulheres, consoante a amostra). A população desempregada aumentou 1,3% de 2005 para 2006 e a população empregada registou um acréscimo de 0,7% (INE, 2007).

Em relação à ocupação principal e às regiões NUTS II verifica-se haver dependência entre as variáveis. Estas variáveis foram também abordadas aquando do estudo das regiões NUTS II. A amostra A e a amostra B evidenciam o maior número de trabalhadores ativos na Região Autónoma dos Açores (20,8% e 18,8%, respetivamente). Nas amostras C e D o número de trabalhadores ativos é mais homogéneo entre as regiões NUTS II. Em relação ao desemprego observam-se em todas as amostras, os valores mais elevados nas regiões do Norte e do Alentejo seguidas das regiões de

Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. De salientar as baixas taxas de desemprego nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. A informação adquirida por este estudo vai ao encontro do revelado pelo INE (2005). De salientar ainda em termos de ocupação principal a incapacidade permanente que é referenciada principalmente nas regiões do Norte, do Centro e da Madeira, e o número mais elevado de reformados que se situa na região do Alentejo.

Para o ano de 2005, o Alentejo foi a região do país com taxa de desemprego mais elevada (9,1%), seguida das regiões Norte (8,8%) e Lisboa e Vale do Tejo (8,6%). Os valores mais baixos de taxa de desemprego registaram-se nas Regiões Autónomas dos Açores (4,1%) e Madeira (4,5%) (INE, 2005), regiões estas, que segundo o presente estudo apresentam os índices médios de qualidade de vida em saúde mais elevados.

Em 2006 os valores de desemprego por região NUTS II agravam-se numas regiões mas melhoram noutras. Assim o Alentejo apresenta uma taxa de desemprego de 9,2%, seguida da região Norte (8,9%) e da região de Lisboa e Vale do Tejo (8,5%). Apesar de manterem os valores mais baixos de taxa de desemprego a Região Autónoma da Madeira sobe para 5,4% e a Região Autónoma dos Açores decresce para 3,8% (INE, 2007).

Reportando-nos a anos mais recentes, pode-se referir o 4º trimestre de 2012 em que a taxa de desemprego foi de 16,9% e a taxa de desemprego de jovens (15 a 24 anos) foi de 40,0%. O número de desempregados jovens representou 17,9% do total de desempregados. A taxa de emprego situou-se em 51,4% em 2012, e a taxa de emprego dos homens (56,6%) excedeu a das mulheres (46,7%) (INE, 2012).

O Eurostat fornece dados que permitem comparar os dados de taxas de emprego entre Portugal e os outros Estados-Membros da União Europeia. Para a população masculina verifica-se uma taxa de emprego em 2001 de 77,0%, muito superior à da União Europeia que foi de 70,9%. Para a mesma população em 2006, Portugal mantinha uma taxa mais elevada que a União Europeia (respetivamente 73,9% e 71,6%), mas os dados de 2011 apontam para uma taxa de emprego na população masculina em Portugal (68,1%) inferior à da União Europeia (70,1%). Em relação à população feminina os dados de Eurostat revelam taxas de emprego na União Europeia inferiores às verificadas

em Portugal nos anos de referência. No grupo populacional dos 55 aos 64 anos a taxa de emprego verificada em Portugal no ano de 2011 (47,9%) é idêntica à verificada na União Europeia (47,4%). As taxas de emprego são geralmente mais baixas na população feminina e nos trabalhadores mais velhos (European Commission 2013c, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained).

4.4.7 Índice de qualidade de vida em saúde segundo as horas de trabalho semanal

A variável horas de trabalho semanal foi agrupada, conforme referido em ponto anterior, de acordo com a definição de *part-time* (tempo parcial) e *full-time* (tempo completo), descrito pelo relatório da OCDE. O trabalho a tempo parcial é uma característica de emprego e diferencia-se do tempo completo pela referência ao número de horas trabalhadas num tipo de trabalho. O número de horas trabalhadas a tempo completo varia de atividade para atividade mas também de país para país (van Bastelaer, Lemaître, & Marianna, 1997).

Tabela 21 – Índice de qualidade de vida em saúde segundo as horas de trabalho semanal

		Amostra A	Amostra B	Amostra C	Amostra D
		HORAS DE TRABALHO SEMANAL			
		$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$	$\bar{X} \pm s$
Índice de qualidade de vida em saúde	1-30	63,14 ± 10,57	62,29 ± 11,11	66,03 ± 8,86	62,31 ± 10,09
	31-40	67,59 ± 10,53	65,73 ± 10,38	69,17 ± 8,89	64,25 ± 10,00
	41-60	63,21 ± 10,52	62,34 ± 10,28	66,08 ± 8,62	61,26 ± 9,44
	61-90	62,08 ± 10,83	59,40 ± 9,88	63,85 ± 8,25	58,72 ± 9,02

A observação da tabela permite identificar que são os indivíduos com trabalho semanal entre 31 e 40 horas os que apresentam melhor índice médio de qualidade de vida em saúde. Os indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas e os que trabalham 41 a 60 horas semanais apresentam índices de qualidade de vida em saúde semelhantes. Os indivíduos

com cargas horárias mais altas têm os índices médios de qualidade de vida em saúde mais baixos.

Para a análise do índice de qualidade de vida em saúde segundo as horas de trabalho semanal foi aplicado o teste estatístico One-way ANOVA nas amostras A e B, depois de observadas as homogeneidades das variâncias através do teste de Levene (sig. = 0,967 para a amostra A e sig. = 0,2182 para amostra B).

A aplicação do teste estatístico One-way ANOVA na amostra A (com sig. $\leq 0,05$) permite concluir que as categorias de horas de trabalho semanal não têm todas, igual índice médio de qualidade de vida em saúde. Existindo pelo menos uma categoria em que o índice médio de qualidade de vida em saúde é diferente dos outros, foi aplicado o teste de comparação múltipla. Os resultados mostram existir evidência estatística (com sig. $\leq 0,05$) de que o índice médio de qualidade de vida nos indivíduos que trabalham 31 a 40 horas semanais é diferente dos que têm qualquer outra carga horária de trabalho semanal.

Na amostra B a aplicação do teste One-way ANOVA (com sig. $\leq 0,05$), leva-nos a concluir que existe pelo menos uma classe de horas de trabalho semanal em que o índice médio de qualidade de vida em saúde é diferente das outras. A aplicação do teste de comparação múltipla permite concluir que existe evidência estatística (com sig. $\leq 0,05$) de que o índice médio de qualidade de vida nos indivíduos que trabalham 31 a 40 horas semanais é diferente dos que trabalha entre 1 a 30 horas, entre 41 a 60 horas e entre 61 a 90 horas.

Para as amostras C e D, atendendo à não homogeneidade das variâncias nestas amostras não se prosseguiu com o teste One-way ANOVA. O teste estatístico utilizado neste caso foi o Kruskal-Wallis.

A aplicação do teste na amostra C permitiu concluir (com sig. $\leq 0,05$) que a distribuição do índice médio de qualidade de vida em saúde não é igual em todas as categorias de horas de trabalho semanal. De referir também que o índice de qualidade de vida em saúde é semelhante em indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas e entre 41 a 60 horas. Os indivíduos com melhor índice de qualidade de vida em saúde são os que

trabalham entre 31 a 40 horas e os que têm pior índice de qualidade de vida em saúde trabalham entre 61 a 90 horas.

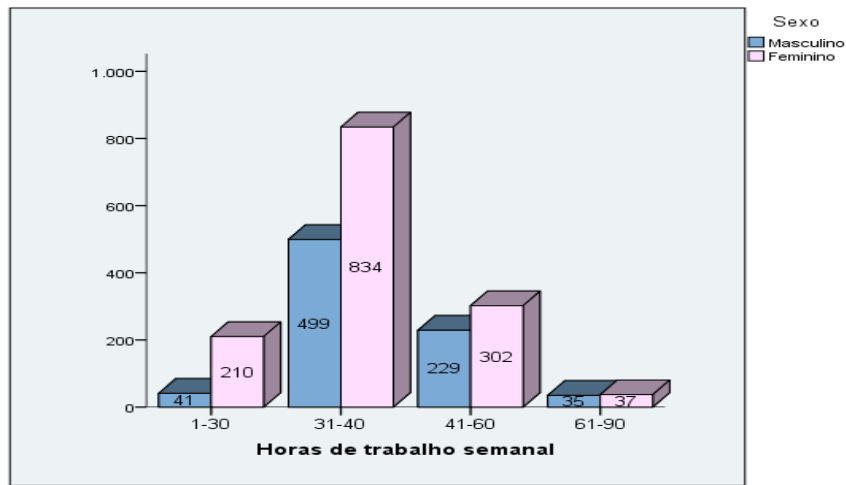
Na amostra D a aplicação do teste estatístico Kruskal-Wallis permitiu concluir (com sig. $\leq 0,05$) que existe pelo menos uma categoria para a qual a distribuição do índice médio de qualidade de vida em saúde não é igual. De referir ainda que o índice de qualidade de vida em saúde é mais alto nos indivíduos que trabalham entre 31 a 40 horas. Nesta amostra os indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas têm um índice de qualidade de vida em saúde superior aos que trabalham 41 a 60 horas e os que trabalham entre 61 a 90 horas apresentam o índice de qualidade de vida mais baixo.

Para melhor compreender os índices de qualidade de vida em saúde obtidos tendo em conta as horas de trabalho semanal, é de interesse complementar o estudo com a análise de outras variáveis. A análise da relação existente entre as variáveis horas de trabalho semanal e a localização geográfica já foi abordado aquando do estudo do índice de qualidade de vida segundo as regiões NUTS II.

De análise efetuada salienta-se a região Centro com a maior percentagem de trabalhadores em part-time (1 a 30 horas) ao contrário das regiões Norte e Açores com percentagens mais baixas de indivíduos a trabalharem semanalmente entre 1 a 30 horas. As regiões do Alentejo e do Algarve salientam-se pelo maior número de indivíduos com cargas horárias entre 61 a 90 horas, seguidas também da região Norte nas amostras C e D.

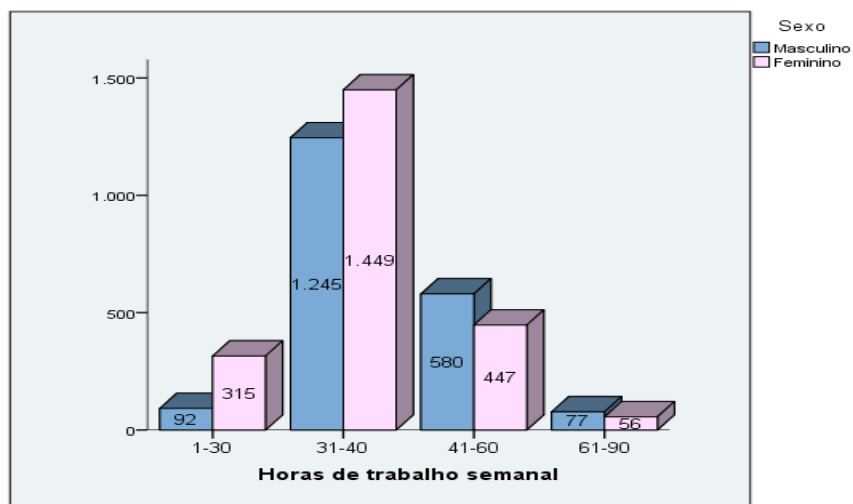
Considerou-se também importante avaliar a relação existente entre a variável horas de trabalho semanal em função do género. Para esta análise foi utilizado o teste estatístico do Qui-quadrado em todas as amostras. A aplicação do teste Qui-quadrado permite concluir (com sig. $\leq 0,05$) que entre as variáveis não são independentes. Esta conclusão é extensível a todas as amostras.

Gráfico 33 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra A



Os resultados da amostra Amostram que 60,3% das mulheres e 62,1% dos homens trabalham entre 31 e 40 horas e que 21,8% das mulheres e 28,5% dos homens trabalham entre 41 a 60 horas. Dos indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas a maior parte são mulheres (83,7%). Só 2,7% das mulheres e 4,4% dos homens trabalham entre 61 a 90 horas.

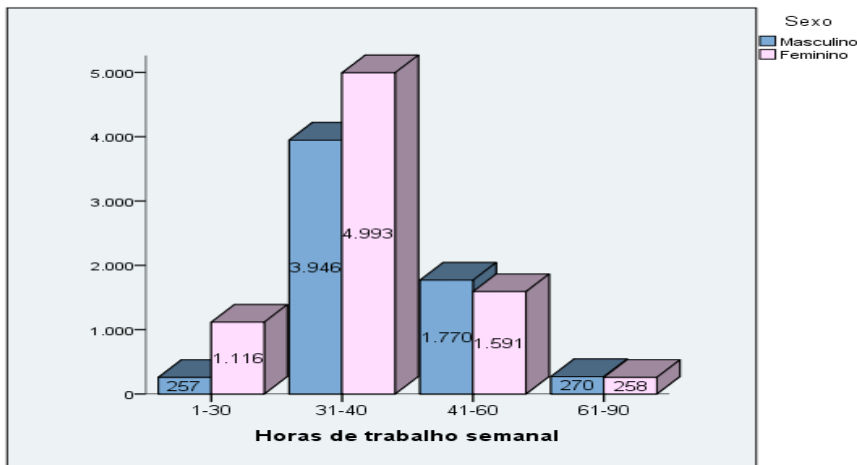
Gráfico 34 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra B



Os resultados da amostra B mostram que 63,9% das mulheres e 62,4% dos homens trabalham entre 31 e 40 horas e que 19,7% das mulheres e 29,1% dos homens trabalham

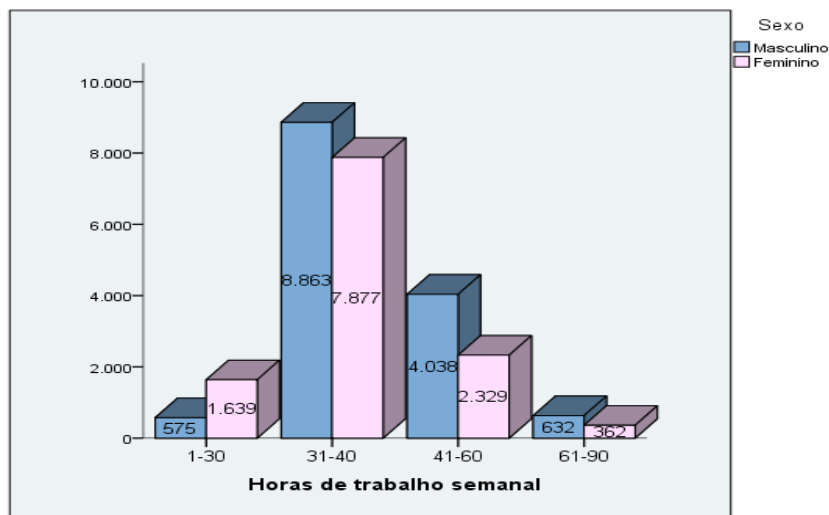
entre 41 a 60 horas. Dos indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas a maior parte são mulheres (77,4%). Só 2,5% das mulheres e 3,9% dos homens trabalham entre 61 a 90 horas.

Gráfico 35 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra C



Os resultados na amostra C mostram que 63,9% das mulheres e 62,4% dos homens trabalham entre 31 e 40 horas e que 19,7% das mulheres e 29,15% dos homens trabalham entre 41 a 60 horas. Dos indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas a maior parte são mulheres (77,4%). Só 2,5% das mulheres e 3,9% dos homens trabalham entre 61 a 90 horas.

Gráfico 36 – Número de indivíduos por horas de trabalho semanal segundo o género – Amostra D



Os resultados da amostra D mostram que 64,5% das mulheres e 62,8% dos homens trabalham entre 31 e 40 horas e que 19,1% das mulheres e 28,6% dos homens trabalham entre 41 a 60 horas. Dos indivíduos que trabalham entre 1 a 30 horas a maior parte são mulheres (74,0%). Só 3,0% das mulheres e 4,5% dos homens trabalham entre 61 a 90 horas.

O INE (2007) refere que em 2006 a população empregada aumentou 0,7% face ao ano anterior. Algumas das razões apontadas referem-se ao aumento do emprego de homens, sem variação significativa nas mulheres, ao aumento do emprego na faixa etária dos 35 aos 64 anos com diminuição nos indivíduos com idade inferior a 35 anos, ao aumento de emprego para indivíduos com maior nível de escolaridade e à diminuição dos que possuem o nível básico, e ainda ao aumento do trabalho a tempo parcial e a uma diminuição dos trabalhadores a tempo completo.

O relatório do Eurostat de 2012 sobre as estatísticas de emprego revela que nos países da União Europeia, o emprego em *part-time* aumentou de uma forma constante, de 16,2% em 2001 para 19,5% em 2011. A maior proporção de trabalhadores em *part-time* foi registada na Holanda (49,1%) em 2011, seguido do Reino Unido, Alemanha, Suécia, e Áustria. Por contraste o emprego em *part-time* era relativamente incomum na Bulgária (2,4%) e na Eslováquia (4,1%) (European Commission 2013c, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained).

Refere o mesmo relatório que a incidência de trabalhadores em *part-time* difere de forma significativa entre homens e mulheres. Cerca de um terço das mulheres (32,1%) com emprego na União Europeia trabalharam em regime de *part-time*, uma proporção maior do que a parcela correspondente aos homens (9,0%). Em Portugal segundo o Eurostat a proporção de trabalhadores em *part-time* foi de 11,1% em 2006, de 11,3% em 2006 e de 13,3% em 2011, valores inferiores aos da União Europeia que em 2011 era de 19,5%. Em relação aos trabalhadores com segundo emprego o relatório mostra um decréscimo entre 2001 (6,1%), 2006 (5,9%) e 2011 (5,0%), valores superiores aos da União Europeia que desde 2001 até 2011 regista aproximadamente 3,8% de trabalhadores com 2º emprego.

5. CONCLUSÕES

O termo qualidade de vida ainda que amplamente utilizado detém uma definição por vezes controversa, embora seja aceite que se trata de um constructo multidimensional, ou seja, a qualidade de vida é determinada por várias dimensões que se inter relacionam e não por um conceito unitário (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003)

A preocupação crescente com a qualidade de vida em saúde, e o incremento de instrumentos para a sua avaliação têm contribuído para a busca de soluções que visam, melhorar o estado de saúde da população e proporcionar melhores condições de acesso aos cuidados de saúde. São vários os instrumentos aplicados na investigação cujos resultados permitem comparar populações, detetar desigualdades ou injustiças, e até compreender as causas das assimetrias em saúde.

Nesta dissertação foram utilizados os dados obtidos pelo 4º INS realizado em 2005/2006. A informação recolhida reportou-se a todos os indivíduos dos alojamentos selecionados habitualmente lá residentes. O número de alojamentos a visitar teve por base o número médio de indivíduos por alojamento de residência principal, com base no Censos2001. Assim a recolha de dados abrangeu 41193 indivíduos, residentes em Portugal. O questionário era composto por áreas temáticas, com um núcleo central que foi aplicado a toda a amostra e mais seis áreas questionadas apenas num dos quatro trimestres e que foram portanto aplicadas só a ¼ dos alojamentos da amostra total.

A primeira fase deste estudo consistiu na análise do questionário, na escolha das questões, na formulação dos indicadores e na estruturação de um Índice de Qualidade de Vida em Saúde. Foram selecionadas questões das áreas temáticas principais, aplicadas a toda a amostra e uma área aplicada num só semestre. A necessidade de garantir a informação completa de todas as perguntas dos indivíduos, levou à exclusão de algumas observações que diminuíram substancialmente a amostra inicial. Considerando a

importância de poder contar com o maior número de informação possível mas também com o maior número de observações, reestruturou-se o índice, e desenvolveram-se novas versões correspondentes a várias amostras. A atribuição das ponderações a cada um dos indicadores garantiu a variação entre 0 e 100 dos Índices de Qualidade de Vida em Saúde, sendo 0 equivalente à pior condição possível e 100 à melhor.

O estudo recaiu assim sobre quatro amostras:

- ✓ A amostra A engloba 2187 indivíduos dos quais 63,24% são do sexo feminino, com idade acima dos 55 anos em mais de metade da amostra (52,6%), e com baixo nível de escolaridade (64,7% têm menos de 5 anos de escolaridade e só 6,9% têm 13 e mais anos de escolaridade). Na sua maioria são, casados e a viver conjugalmente com alguém (63,9%), trabalhadores ativos (50,3%) e reformados (42,8%), com horário de trabalho semanal entre 31 a 40 horas (61%). A média do Índice de Qualidade de Vida em Saúde nesta amostra é de 65,83.
- ✓ A amostra B é composta por 4261 indivíduos, dos quais 53,2% são do sexo feminino. A população é um pouco mais nova mais ainda assim com 55,7% tem idade acima dos 50 anos, globalmente com um nível de escolaridade baixo (54,1% têm menos de 5 anos de escolaridade). Os indivíduos são na sua maioria casados a viverem conjugalmente (67,3%), trabalhadores ativos (58,7%) e reformados (34,3%), e com trabalho semanal entre 31 a 40 horas (63,2%). A média do Índice de Qualidade de Vida em Saúde nesta amostra é de 64,39.
- ✓ A amostra C abrange 14201 indivíduos, dos quais 56,04% são do sexo feminino. A população com idade inferior a 54 anos representa 52,1% da amostra, e 57,1% têm menos de 5 anos de escolaridade. 60,6% dos indivíduos são casados e a viverem conjugalmente, 58,1% são trabalhadores ativos, e 62,9% trabalha entre 31 a 40 horas. Nesta amostra a média do Índice de Qualidade de Vida em saúde é de 67,94.
- ✓ A amostra D é constituída por 26315 indivíduos, sendo a única em que existem mais homens (53,61%) do que mulheres. Metade da amostra tem idade inferior a 49 anos (50,2%), 50,1% tem menos de 5 anos de escolaridade e 10,4% tem 13 e mais anos de escolaridade, 65% são trabalhadores ativos e 28% são reformados, e 63,6% do indivíduos trabalham entre 31 a 40 horas. A média do Índice de Qualidade de Vida em saúde desta amostra é de 63,15.

Aplicação do Índice de Qualidade de Vida em Saúde permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A qualidade de vida em saúde é influenciada pela localização geográfica. As regiões Norte e Centro apresentam os índices de qualidade de vida mais baixos entre as regiões NUTS II. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira revelam ser as regiões com maior qualidade de vida em saúde
- O Índice de Qualidade de Vida em Saúde evidencia acentuada dispersão na região de Lisboa e Vale do Tejo, o que revela a existência de realidades díspares. A contribuir para essas assimetrias poderão estar fatores como: discrepâncias de densidade populacional (em 2008 a densidade populacional na região da Grande Lisboa era de 1475,0 hab/km² e na Lezíria do Tejo era de 58,4 hab/Km²), diferenças no índice de envelhecimento e no índice de dependência de idosos (elevados na região do Médio Tejo e Lezíria do Tejo e abaixo do índice nacional na Península de Setúbal e Grande Lisboa), desigualdades no poder de compra per capita (mais elevado na Grande Lisboa) e no número de médicos por 1000 habitantes (bastante mais elevado na região da Grande Lisboa) (CCDR-LVT 2009, www.ccdr-lvt.pt), entre outros fatores, os quais poderiam ser objeto de um novo estudo com um apuramento mais fino relativamente à distribuição do índice de qualidade de vida em saúde segundo as regiões NUTS III.
- A localização geográfica é uma variável determinante do rendimento mensal ganho pela família e por consequência determinante da qualidade de vida em saúde. Há um contraste importante em termos geográficos entre os rendimentos auferidos pelas famílias do Centro e do Norte e as famílias das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Existem mais famílias do Norte e Centro com níveis mais baixos de rendimentos e mais famílias das Regiões Autónomas do Açores e Madeira com níveis mais elevados de rendimento mensal.
- Existe relação entre a localização geográfica e o facto de ter seguro de saúde. As regiões onde é referido haver menos seguros de saúde é nos Açores e na Madeira. A região de Lisboa e Vale do Tejo é onde há mais referências à existência de seguros de saúde, seguida das regiões do Algarve e do Norte. Os seguros de saúde procuram constituir-se como uma alternativa de maior qualidade ao Sistema Nacional de Saúde. É junto aos grandes centros que as companhias de seguros mais disponibilizam equipamentos coletivos na área da

saúde, e onde poderão ser mais competitivas e agressivas na venda destes produtos. A menor referência a seguros de saúde nos Açores e na Madeira, poderá ter a ver com a existência dos equipamentos disponibilizados pelo Sistema Regional de Saúde, com subaproveitamento dos mesmos, e que proporcionam às populações níveis mais elevados de qualidade na prestação de cuidados de saúde, que anulam as eventuais vantagens apresentadas pelos seguros de saúde.

- Existe relação de dependência entre a localização geográfica e ter tensão arterial alta e dor crónica. A existência de tensão arterial alta verifica-se mais nas regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo. A dor crónica é menos referida nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira e na região do Algarve.
- A existência da doença crónica asma é independente da localização geográfica.
- O estudo da relação entre ter diabetes e a localização geográfica esteve condicionado à amostra utilizada. Na amostra A ter diabetes é independente da localização geográfica, mas nas outras amostras a existência de diabetes não se revela independente. A região Norte e o Alentejo são as mais afetadas por esta doença.
- Existe uma relação de dependência entre a localização geográfica e o número de horas trabalhadas semanalmente. Na região Centro é onde existem mais trabalhadores em regime de *part-time*. É igualmente a região onde se encontrou níveis de rendimento mais baixo e menor índice médio de qualidade de vida em saúde. O Alentejo e Algarve correspondem às regiões onde existem mais trabalhadores com mais horas de trabalho semanal, seguidas da região Norte.
- A ocupação principal é também uma variável que depende da região NUTS II. A análise efetuada é igualmente condicionada pela amostra em estudo. Nas amostras A e B, a Região Autónoma dos Açores é claramente a que apresenta maior número de trabalhadores ativos. Nas amostras C e D a percentagem de trabalhadores ativos é mais homogénea entre as regiões NUTS II. O desemprego é mais evidente nas regiões Norte e Alentejo, seguidas das regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. As Regiões Autónomas dos Açores e Madeira apresentam as menores percentagens de desemprego. A região Centro, apresenta também baixo desemprego, facto que provavelmente se ficará a dever ao maior número de trabalhadores em *part-time*.

- As situações de incapacidade permanente são mais evidenciadas nas regiões Norte, Centro e Região Autónoma da Madeira. Esta ocorrência poderá indiciar maior número de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais, eventuais insuficiências nas condições de trabalho, deficiências na manutenção de normas de segurança, ou falhas na inspeção periódica do trabalho que vise o cumprimento das normas de segurança e saúde laborais do trabalhador.
- A qualidade de vida em saúde é influenciada pelo género. Este facto é confirmado pela literatura existente; no entanto, os estudos descrevem que é o sexo feminino que apresenta pior qualidade de vida em saúde, o que só confirma os valores obtidos pela amostra A. As amostras C e D revelam que o sexo feminino apresenta melhores índices de qualidade de vida em saúde, circunstância que pode ser apoiada num estudo referenciado por Ferreira e Santana (2003), no qual foi detetado que os níveis de estados de saúde entre homens e mulheres diferem de acordo com o tipo de observações feitas (as mulheres revelam pior estado quando as observações englobam sintomas somáticos, mentais, deficiências e doenças de longa duração). A explicação para os valores obtidos poderá estar no facto de os índices aplicados às amostras C e D não incluírem a área da saúde mental e da qualidade de vida do 4º INS.
- As doenças crónicas tensão arterial alta, dor crónica e depressão estão relacionadas com o género. O estudo efetuado revela que estas doenças são mais evidentes no sexo feminino. Em relação à dor crónica e à depressão, a literatura apoia a evidência encontrada. Os estudos sobre a hipertensão na população portuguesa revelam que a sua prevalência é superior nos homens, o que contraria os dados obtidos neste estudo. A questão nesta matéria coloca-se ao nível do conhecimento da doença. Apesar da prevalência da hipertensão ser superior nos homens, o conhecimento da situação de hipertenso é menos conhecido. Por outro lado as mulheres são mais atentas a sintomas físicos e procuram mais os cuidados de saúde.
- A ocupação principal é influenciada pelo género. De facto, verifica-se que o desemprego atinge mais os indivíduos do sexo feminino, o que vai ao encontro do identificado pelos estudos do INE. Em relação aos trabalhadores ativos, a maior percentagem incide também no sexo feminino, com exceção da amostra D cujos dados obtidos revelaram existirem mais trabalhadores ativos do sexo

masculino. A evidência de incapacidade permanente é variável entre homens e mulheres, e condicionada à amostra utilizada. Alguma relação entre as variáveis poderia ser objeto de análise para outro estudo.

- A qualidade de vida em saúde é influenciada pela idade. Os indivíduos de grupos etários mais baixos apresentam melhor qualidade de vida em saúde do que os grupos etários mais elevados. Esta conclusão é apoiada por vários estudos sobre a matéria. É de referir no entanto que não são só as alterações físicas que suportam as diferenças encontradas nos índices de qualidade de vida em saúde. As variáveis sociais e relacionais, a manutenção da autonomia e da atividade, a concretização de objetivos apropriados às possibilidades, entre outros, têm certamente uma importância fundamental para um envelhecimento equilibrado, que se traduz numa melhor perceção da qualidade de vida em saúde.
- A presença de doenças crónicas está relacionada com a idade. Neste estudo verificou-se que mais de metade dos indivíduos refere ter pelo menos uma doença crónica. A referência à existência de doença crónica vai aumentando com a idade. Todavia em todas as amostras cerca de metade da população que refere ter pelo menos uma doença crónica, pertence a faixas etárias abaixo dos 60 anos. Seria por isso interessante estudar quais as doenças mais relevantes em função dos grupos etários.
- A qualidade de vida em saúde é influenciada pela situação civil e conjugal. Os indivíduos solteiros apresentam índices de qualidade de vida em saúde superiores aos casados e estes por sua vez superiores aos separados e aos divorciados. Os viúvos são os que apresentam índices de qualidade de vida em saúde mais baixos. Para esta circunstância podem convergir fatores relacionados com a idade, com o isolamento, com a dor pela perda, com a depressão, entre outros. Não se conseguiu apurar uma analogia entre o facto de viver conjugalmente ou não, uma vez que existem categorias em que a situação de vivência conjugal apresenta índices de qualidade de vida em saúde superiores aos que não vivem conjugalmente e outras em que se verifica o inverso.
- A situação civil e conjugal está relacionada com o género. Das análises efetuadas às amostras verifica-se que existem mais mulheres na condição de separado, divorciado ou viúvo, do que homens; da população masculina, a

maioria é casada ou solteira; existe maior percentagem de homens a viverem conjugalmente do que mulheres na mesma condição.

- A qualidade de vida em saúde é influenciada pelos anos de escolaridade com aproveitamento. De facto, o estudo mostra que a um maior nível de escolaridade, estão associados valores mais elevados de índice de qualidade de vida em saúde. A literatura sobre esta matéria corrobora os dados obtidos. Um nível mais elevado de escolaridade capacita os indivíduos para o despiste de potenciais problemas de saúde e torna-os mais sensíveis para a necessidade de adotar medidas que previnam a doença e/ou promovam a saúde.
- A população do estudo é caracterizada por um nível de escolaridade baixo. Mais de metade (em cada uma das amostras) possui uma escolaridade inferior a cinco anos, facto que, como foi anteriormente referido, pode influenciar a apreciação da qualidade de vida em saúde.
- O nível de escolaridade com aproveitamento está relacionado com o género. Com níveis de escolaridade entre 7 a 9 anos, existem mais homens do que mulheres. Contudo, os dados obtidos evidenciam que há mais mulheres a prosseguirem os estudos e com níveis de escolaridade mais elevados do que os homens.
- Há uma relação de dependência entre o nível de escolaridade e a ocupação principal. A maioria dos trabalhadores ativos e dos desempregados têm menos de cinco anos de escolaridade e só uma pequena parte deles apresenta níveis de escolaridade de 13 ou mais anos. Em relação aos reformados e aos que têm incapacidade permanente essa distinção é ainda mais notória. A análise global das amostras permite verificar que mais de 80% dos reformados tem menos de cinco anos de escolaridade e só em menos de 4% são referidos níveis de escolaridade iguais ou superiores a 13 anos. A situação de incapacidade permanente segue a mesma tendência, salientando-se que a mesma, não é identificada em indivíduos com 13 ou mais anos de escolaridade.
- A qualidade de vida em saúde é influenciada pela ocupação principal. Tal como se presumia, verificam-se nos trabalhadores ativos, índices de qualidade de vida em saúde mais elevados do que nos desempregados e nos reformados. Era também de supor os menores índices de qualidade de vida em saúde nos indivíduos com incapacidade permanente. A razão para os índices mais elevados

em estágios não remunerados poderá em parte estar relacionada com a idade dos indivíduos que os exercem.

- A qualidade de vida em saúde é influenciada pelo número de horas de trabalho semanal. Os indivíduos com maiores índices de qualidade de vida em saúde trabalham entre 31 a 40 horas. Os índices mais baixos são encontrados nos que trabalham entre 61 a 90 horas.
- O número de horas de trabalho semanal está relacionado com o género. A evidência encontrada no estudo de que existem mais mulheres a trabalhar a tempo parcial do que homens é confirmada pela literatura consultada. Por contraste, o trabalho semanal superior a 40 horas é referido em maior proporção pelo sexo masculino.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhor compreensão dos fatores determinantes da qualidade de vida em saúde, e seja um incentivo para outros estudos nesta área. É importante estimular estas pesquisas para melhor caracterização do estado de saúde da população e dos seus determinantes, contribuindo para um melhor planeamento e avaliação das políticas de saúde bem como para uma melhor utilização dos recursos em matéria de cuidados de saúde.

Será interessante um estudo comparativo dos dados após a aplicação do um próximo Inquérito Nacional de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Ude, F., Galán P., Vicente, E., Alamo, C., Fernández-Reyes, M. J., Badía, X. 1997. Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal). *Nefrologia*, 17(6): 486-496.
- Alves, E.F. 2011. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Revista brasileira de qualidade de vida*, 3(1): 16-23.
- 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.
- Argyle, M. 1996. Subjective well-being. In A. Offer (Ed.), *In pursuit of the quality of life*: 18-45. Oxford: Oxford University Press
- Armaganijan, L., Staico, R., Moraes, A., Abizaid, A., Moreira, D., Amodeo, C., Katz, M., Sousa, E. 2013. Denervação simpática renal e qualidade de vida. *Cardiologia invasiva*, 21(1): 13-17.
- Aromaa, A., Koponen, P., Tafforeau, J., Vermeire, C., & National Public Health Institute 2003. Evaluation of health interview surveys and health examination surveys in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(3 supplement) : 67-72.
- Back-Wiklund, M. 2011. *Quality of life and work in Europe: theory, practice and policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Barofsky, I. 2012. Can quality or quality-of-life be defined?. *Quality of life research*, 21(4): 625-631.
- Barros, P. P. 2003. Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3: 7-17.

- Barros, M.B.A., Zanchetta, L.M., Moura, E.C., & Malta, C.M. 2009. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista Saúde Pública*, 43(Supl. 2):27-37.
- Bombardier, C., Ware, J., Russell, I. J., Larson, M., Chalmers, A., & Read, J. L. 1986. Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *American Journal of Medicine*, 81: 565-578.
- Bowling, A. 2005. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Brock, D. 1993. Quality of life measures in health care and medical ethics. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life*: 95-139. Oxford: Clarendon Press.
- Brooks, R., EuroQol Group 1996. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37: 53-72.
- Campo-Arias, A. 2006. Usos del coeficiente de alfa de Cronbach. *Biomédica*, 26(4): 585-588.
- Canavarro, M. C. 2010. Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*: 3-21. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.
- Carr, A. 2003. Adult Measures of quality of life. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 49(5S): S113-S133.
- Castro-Lopes, J., Saramago, P, Romão, J., Paiva, M. L. M. 2010. A dor crónica em Portugal. Pain Proposal, <http://www.pfizer.pt>; acedido a 9/9/13.
- Cheung, K., Oemar, M., Oppe, M., Rabin, R. 2009. *User Guide: Basic information on how to use EQ-5D*. EuroQol Group.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., Fiuza, M. 2009. Prevalência e padrões de tratamento de hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28(5): 499-523.
- Cronbach, L. J., Shavelson, R. J., 2004. My current thoughts on Coefficient Alpha and successor procedures. *Educational and psychological measurement*, 64(3): 391-418

Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y., Reid, S., & Waters, L. 1997. An initial evaluation of the comprehensive quality of life scale – Intellectual disability. *International Journal of Disability, Development and Education*, 44(1): 7-19.

Cummins, R. A. 2000. Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1): 55-72.

CCDR-LVT 2009, A região de Lisboa e Vale do Tejo em números, Centro de Observação das Dinâmicas Regionais, www.ccdr-lvt.pt, acessado a 10/10/13.

DeVellis, R. F. 1991. *Scale development: theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

Devins, G. M., Binik, Y. M., Mandin, H., Letourneau, P.K., Hollomby, D.J., Barre, P.E., Prichard, S. 1990. The kidney disease questionnaire: a test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(3): 297-307.

Dias, C. M. 2009. 25 Anos do Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Especial 25 anos – 2009: 51– 60.

Diener, E. & Lucas, R. E. 1999. Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*: 213-229. New York: Russell Sage Foundation.

Direção Geral de Saúde. 2009. Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Outubro 27: 1-21.

Drummond, M. F., O'Brien, B., Sculpher, M. J., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Diener, E., Suh, E. 1997. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40: 189-216.

European Commission, 2013a. European health interview survey (EHIS)- collection round 2008. Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>, acessado em 17/5/13.

European Commission, 2013b. EHES – Measuring the health of Europeans. European Health Examination Survey, www.ehes.info/, acessado em 17/5/13.

European Commission, 2013c. Eurostat – Estatísticas do emprego. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained, acessado a 9/10/13.

EuroQol. EQ-5D-5L_Crosswalk model and methodology, www.euroqol.org/, acessado em 15/11/2012.

EuroQol Group. EQ-5D, www.euroqol.org/, acessado em 15/11/2012.

Farquhar, M. 1995. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 502-508.

Felce, D., Perry, J., 1995. Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1):51-74.

Ferrans, C. E. 2005. Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb, C.C. Gotay, & C. Synder (Eds.), *Outcomes assessment in cancer*: 14–30. Cambridge: Cambridge University Press.

Ferreira, L. N. 2002. *Utilidades, QALYs e Medição da Qualidade de Vida*, Documento de Trabalho N° 1/2002, APES, Universidade do Algarve.

Ferreira, L. N. N. 2005. Avaliação económica no sector da saúde. *dos algarves*, 13: 42-49.

Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Gonçalves, M. S. 2006. Ganhos em saúde em doentes com cataratas. *Notas económicas*, Junho 06: 35 – 52

Ferreira, P. & Santana, P. 2003. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 21(2):15-30.

Fleck, M. P. A. 2000. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectiva. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5(1): 33-38.

Fleck, M. P. A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. 1999. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1): 19-28.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. 2000. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de

avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2): 178-183.

Fletcher, A., McLoone, P., & Bulpitt, C. 1998. Quality of life on angina therapy: a randomized controlled trial of transdermal glyceryl trinitrate against placebo. *The Lancet*, 332(8601): 4-8.

Freitas, A. L. P., Rodrigues, S. G. 2005. *A avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. XII SIMPEP (Simpósio de Engenharia de Produção), Bauru, São Paulo

Gandek, B. Ware, J. E. (Eds.). 1998. Translating functional health and well-being: International quality of life assessment (IQOLA) project studies of the SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11): 891-1214.

Giachello, A. L. 1996. Health outcomes research on Hispanics/Latinos. *Journal of Medical Systems*, 20(5): 235-254.

Goldstein, J. M., Simpson, J. C. 2002. Validity: Definitions and applications to psychiatric research. In M. T. Tsuang & M. Tohen, *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed.): 149-162. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc..

Graça, M. J., Dias, C. M. 2001. Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. *Observações: ONSA*, 11.

Guyatt, G.H., Feeny, D. H., Patrick, D. L. 1993. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8): 622–629.

Hart, G. L., Evans, R. W. 1987. The functional status of ESRD patients as measured by the Sickness Impact Profile. *Journal of Chronic Diseases*, 40(Suppl 1): 117S-136S.

Hermann, B. P. 1995. The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy. *Quality of life research*, 4: 87-100.

Hemingway, H., Stafford, M., Stansfeld, S., Shipley, M., Marmot, M. 1997. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, 315: 1273-1279.

Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., Torrance, G. 2003. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health and quality of life outcomes*, 1(54).

Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., Arica, J. 2010. Confiabilidade em Questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2): 85-103.

Instituto do Emprego e Formação Profissional. 2009. Estatísticas mensais. Dezembro 2008

Instituto do Emprego e Formação Profissional. 2010. Estatísticas mensais. Dezembro 2009

Instituto Nacional de Estatística. 2005. Estatísticas do emprego – 1º trimestre de 2005. Maio: 1-4.

Instituto Nacional de Estatística. 2007. Estatísticas do emprego – 4º trimestre de 2006. Fevereiro: 1-4.

Instituto Nacional de Estatística. 2012. Estatísticas do emprego – 4º trimestre de 2012.

INE e INSA 2009. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa-Portugal. www.arslvt.min-saude.pt, acessado em 5/11/2012.

Instituto Nacional de Estatística 2011. Quadros da população; <http://www.ine.pt>; acessado a 5/10/2013.

Ioannidis, J. P. A., Why most published research findings are false. *PloS Medicine*, 2(8): 696-701

Jackson, C. 2007. The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*, 57(1): 79.

Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., & Argyle, M. 1988. The Nottingham Health Profile: an analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. *Social Science and Medicine*, 27(12): 1411-1414.

Kahneman, D. 1999. Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*: 3-25. New York: Russell Sage Foundation.

Kaplan, R. M., McCutchan, J. A., Navarro, A. M., Anderson, J. P., Atkinson, J. H., Chandler, J. ,& Grant, I. 1994. Quality adjusted survival analysis: a neglected application of the quality of well-being scale. *Psychology and Health*, 9(1-2): 131-141.

- Kaplan, R. M., Ganiats, T. G., Sieber, W. J., Anderson, J. P. 1998. The quality of well-being scale: critical similarities and differences with SF-36. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(6): 509-520.
- Kutlay, S., Nergizoglu, G., Kutlay, S., Keven, K., Erturk, S., Ates, K., Duman, N., Karatna, O., Atli, T. 2003. General or disease specific questionnaire? A comparative study in hemodialysis patients. *Renal Failure*, 25(1): 95-103.
- Laranjeira, A. R. 2004. Não és homem , não és nada: masculinidade e comportamentos de risco. In Amâncio, L. (Eds.), *Aprender a ser homem*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Lima, M. J. B., Portela, M. C. 2010. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8): 1651-1662.
- Macedo, M. E., Lima , M. J., Silva, A. O., Alcântara, P., Ramalhinho, V., Carmona, J. 2007. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26(1): 21-39.
- Maroco, J., Garcia-Marques, T. 2006. Qual a confiabilidade de alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1): 65-90.
- Martins, G. A. 2006. Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 8(20): 1-12
- Mateus, A., e Associados 2005. Competitividade, coesão e convergência: a ótica específica das regiões portuguesas. *Competitividade territorial e coesão económica e social*, 3.
- McHorney, C. A., Ware, J. E. Jr, Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. 1994. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1): 40-66.
- McKevitt, C., Redfern, J., La-Placa, V., Wolfe, C. D. 2003. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clinical Rehabilitation*, 17: 865-870.
- Michalos, A. C., Hubley, A. M., Zumbo, B. D., & Hemingway, D. 2001. Health and other aspects of the quality of life of older people. *Social Indicators Research*, 54(3): 239-274.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. 2000. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 7-18.

Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S, Chor, D. 2006. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12): 2585-2597.

Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., 2007. *Economic Analysis in health care*, West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd..

Musschenga, A. W. 1997. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22(1): 11-28.

Nunes, J. M. F. 1998. A Aplicabilidade de Índices e Perfis da Saúde em Economia de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Escola Nacional de Saúde Pública, 16(1): 37-42.

Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. 1994. *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill

Oliveira, M. R., Orsini, M. 2009. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista de Neurociências*, 17(3): 255–262.

Ott, C. R., Sivarajan, E. S., Newton, K. M., Almes, M. J., Bruce, R. A., Bergner, M., Gilson, B. S. 1983. A controlled randomized study of early cardiac rehabilitation: the Sickness Impact Profile as an assessment tool. *Heart and Lung*, 12(2):162-170.

Oviedo, H. C., Campo-Arias, A. 2005. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4): 572-580.

Pestana, M. H., Gageiro, J. N. 2008. **Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS** (5^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Phillips, C., 2009. What is a QALY?. *What is...? Series*. www.whatisseries.co.uk, acessado a 4/1/13.

Phillips, D., 2006. *Quality of life: concept, policy and practice*. New York: Routledge.

- Pilatti, L. A., Pedroso, B., Gutierrez, G. L. 2010. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *Revista brasileira de ensino de ciência e tecnologia*, 3(1): 81-91
- Pinto, T. C. 2004. Qualidade de vida – Reflexões e debates em torno de um conceito. *Cidades – Comunidades e territórios*, 9: 99–120.
- Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M. 2011. *EQ-5D-3L User Guide – Basic information on how to use the EQ-5D-3L*, (vs.4). EuroQol Group.
- Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M., Janssen, B., Herdman, M. 2011. *EQ-5D-5L User Guide – Basic information on how to use the EQ-5D-5L*, (vs.1). EuroQol Group.
- Ribeiro, J. L. P. 1994. A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3): 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. 2009. A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. In: J. P. Cruz, S. N. Jesus & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida*: 31-49. Alcochete: Textiverso.
- Scanlon, T. 1993. Value, desire and quality of life. In M. C. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The quality of life*: 185-200. Oxford: Clarendon Press.
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., 2008. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2): 330-337.
- Scatollin, F. A. A. 2006. Qualidade de vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8(4): 1-5.
- Segre, M., Ferraz, F.C. 1997. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5): 538-542.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. 2004. Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 580–588.
- Shrout, P. E. 2002. Reliability. In M. T. Tsuang & M. Tohen, *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed.): 131-148. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc..
- Sieber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G., Kaplan, R. M. 2008. *Quality of well being – Self-Administered (QWB-SA) Scale, User’s Manual*, San Diego, University of California.

- Silva, L. F. 1999. Saúde das mulheres: o género, determinante cultural de saúde. *Revista de Epidemiologia*, 13(5): 31-34.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H. 2003. Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(21): 185-194.
- Sperandio, A. M. G., Correa, C. R. S., Jr, G. B. V., Valente, J. A., Zancan, L., Mendes, L., Braccialli, L. M. P., Rocabado, L. F., Andrade, L. O. 2010. *Qualidade de vida – Evolução dos conceitos e práticas no século XXI* (1ª Edição). Campinas: IPES.
- Streiner, D. L. 2003. Starting at the beginning: An introduction to Coefficient Alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1): 99-103.
- Szende, A., & Williams, A. 2004. *Measuring self-reported population health: An International Perspective Based on EQ-5D*.
- Testa, M. A., Simonson, D. C. 1996. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Teich, N. L. S., & Nita, M. E. 2010. As medidas de preferências (utilidades) em estados de saúde. In Nita, M. E. (Org.), *Avaliação de tecnologias em saúde – evidência clínica, análise económica e análise de decisão*: 290-314. Porto Alegre: Artmed.
- The SF Community –The SF-8 Health Survey Update. www.sf-36.org/tools/sf8.shtml, acessado em 17/4/13.
- The WHOQOL GROUP 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12): 1569-1585.
- Toevs, C. D., Kaplan, R. M., & Atkins, C. J., 1984. The costs and effects of behavioral programs in chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Care*, 22: 1088-1100.
- Tolley, K. 2009. What are health utilities?. *What is...? Series*. www.whatisseries.co.uk, acessado a 4/1/13.
- Turner-Bowker, D. M., Bartley, P. J., Ware, J. E. Jr 2002. *SF-36® Health Survey & “SF” Bibliography: Third Edition (1988-2000)*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Urdan, A. T. 2001. A qualidade de serviços médicos na perspetiva do cliente. *RAE – Revista de Administração de Empresas*. 41(4): 44-55.

Van Bastelaer, A., Lemaître, G., Marianna, P. 1997. The definition of part-time work for the purpose of international comparisons. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 22.

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.

Warburton, D. M. 1996. The functions of pleasure. In D. M. Warburton, & N. Sherwood (Eds.), *Pleasure and quality of life*. Chichester: Wiley.

Ware, J. E. Jr 2000. *SF-36 Health Survey Update*. www.sf-36.org/tools/sf36.shtml, acedido em 17/11/12.

Ware Jr., J.E, Gandek B., the IQOLA Project Group 1994. The SF-36® Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2):49-73.

WHO (World Health Organization). Global Database on Body Mass Index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Acedido em 4/8/13

WHO (World Health Organization) 1996. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: *WHO Regional Publications. European Series*, 58.

World Health Organization 1997. *Whoqol – Measuring quality of life*.

ANEXOS

ANEXO 1

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão B)

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão B)

Indicadores	Ponderações
Qualidade de vida em saúde	100
Utilização dos cuidados de saúde	10,5
Entidade de saúde da qual beneficia	3
ADSE/ SSMJ/ ADMA/ ADFA/ ADME/ SAD-PSP/ SAD-GNR/ SAMS/ Outros	3
Serviço Nacional de Saúde/ Serviço Regional de Saúde	0
Idas ao médico nos últimos três meses	1,5
0 a 1 vez	1,5
2 a 3 vezes	1
4 a 6 vezes	0,5
mais do que 6 vezes	0
Seguro de saúde e grau de cobertura	6
Com seguro de saúde e grau de cobertura de:	
Todos os riscos	6
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos	4
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	2
Outras combinações de riscos	1
Apenas internamento	0,75
Sem seguro de saúde	0
Apreciação do estado de saúde	12
IMC = Kg/m²	6
< 18,5 - Baixo peso	4,5
18,5 - 24,99 - Peso normal	6
25,00 - 29,99 - Pré-obeso	4,5
30,00 - 34,99 - Obeso grau I	2,5
35,00 - 39,99 - Obeso grau II	1
≥ 40,00 - Obeso grau III	0
Incapacidade física temporária e sensação de mal-estar (em duas semanas)	6
Sem incapacidade física e sem sensação de mal-estar	6
Sem incapacidade física mas com sensação de mal-estar	5
Com incapacidade física:	
1 a 2 dias	3
3 a 4 dias	1
5 a 7 dias	0,5
≥ 8 dias	0
Doenças crónicas	17
Ausência de diabetes	3
Ausência de asma	3
Ausência de tensão arterial alta	3
Ausência de dor crónica	3,5
Ausência de outras doenças crónicas	4,5

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão B) (Cont.)

Sofrimento psicológico		15
Estado psicológico " nervoso"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " deprimido"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " calmo e tranquilo"	3	
Sempre	3	
A maior parte do tempo	2,75	
Bastante tempo	2	
Algum tempo	1	
Pouco tempo	0,5	
Nunca	0	
Estado psicológico " triste/desanimado" e "em baixo/abatido"	3	
Nunca	3	
Pouco tempo	2,75	
Algum tempo	2	
Bastante tempo	1	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Estado psicológico " feliz"	3	
Sempre	3	
A maior parte do tempo	2,75	
Bastante tempo	2	
Algum tempo	1	
Pouco tempo	0,5	
Nunca	0	
Apreciação da qualidade de vida		11
Perceção da energia	4	
Tenho toda a energia	4	
Tenho geralmente	3	
Tenho alguma	1,5	
Tenho muito pouca	0,5	
Não tenho nenhuma	0	
Grau de satisfação com o uso das capacidades	4	
Muito satisfeito(a)	4	
Satisfeito(a)	3	
Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	1,5	
Insatisfeito(a)	0,5	
Muito insatisfeito(a)	0	
Satisfação com as condições ambientais	3	
Muito satisfeito(a)	3	
Satisfeito(a)	2	
Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	1	
Insatisfeito(a)	0,5	
Muito insatisfeito(a)	0	

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão B) (Cont.)

Condição económica		13
Rendimento mensal	10	
> 2000 euros	10	
> 1500 e ≤ 2000 euros	8	
> 1200 e ≤ 1500 euros	6	
> 900 e ≤ 1200 euros	4	
> 700 e ≤ 900 euros	3	
> 500 e ≤ 700 euros	2	
> 350 e ≤ 500 euros	1,5	
> 250 e ≤ 350 euros	1	
> 150 e ≤ 250 euros	0,5	
≤ 150 euros	0	
Independência económica	3	
Tenho completamente	3	
Geralmente tenho	2	
Tenho algum	1	
Um pouco	0,5	
De modo nenhum	0	
Hábitos de vida		21,5
Consumo diário de tabaco	3	
Não fuma	3	
Fuma ocasionalmente:		
e não fumou nas duas últimas semanas	2,5	
e fumou ocasionalmente nas duas últimas semanas	2	
mas fumou diariamente nas duas últimas semanas	1,5	
Fuma diariamente:		
entre 1 a 3 cigarros	1,5	
entre 4 e 10 cigarros	1	
entre 11 e 20 cigarros	0,5	
mais do que 20 cigarros	0	
Exposição a ambientes fechados com fumadores	2	
Nunca	2	
Pouco tempo	1,5	
Algum tempo	1	
Bastante tempo	0,75	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Refeições principais diárias	4	
3 refeições	4	
2 refeições	2	
1 refeição	1	
nenhuma	0	
Consumo de vinho	2,5	
Não consumiu vinho	2,5	
Consumiu vinho	0	
Consumo de cerveja	2,5	
Não consumiu cerveja	2,5	
Consumiu cerveja	0	
Consumo de bagaço/ aguardente / brandy	2,5	
Não consumiu bagaço/ aguardente / brandy	2,5	
Consumiu bagaço/ aguardente / brandy	0	
Consumo de vinho do porto/ martini/ licores	2,5	
Não consumiu vinho do porto/ martini/ licores	2,5	
Consumiu vinho do porto/ martini/ licores	0	
Consumo de whisky/ gin/ vodka	2,5	
Não consumiu whisky/ gin/ vodka	2,5	
Consumiu whisky/ gin/ vodka	0	

ANEXO 2

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão C)

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão C)

Indicadores	Ponderações	
Qualidade de vida em saúde		100
Utilização dos cuidados de saúde		18
Entidade de saúde da qual beneficia	5	
ADSE/ SSMJ/ ADMA/ ADFA/ ADME/ SAD-PSP/ SAD-GNR/ SAMS/ Outros	5	
Serviço Nacional de Saúde/ Serviço Regional de Saúde	0	
Idas ao médico nos últimos três meses	3	
0 a 1 vez	3	
2 a 3 vezes	1	
4 a 6 vezes	0,5	
mais do que 6 vezes	0	
Seguro de saúde e grau de cobertura	10	
Com seguro de saúde e grau de cobertura de:		
Todos os riscos	10	
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos	7	
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	5	
Outras combinações de riscos	3	
Apenas internamento	2	
Sem seguro de saúde	0	
Apreciação do estado de saúde		20
IMC = Kg/m²	10	
< 18,5 - Baixo peso	7	
18,5 - 24,99 - Peso normal	10	
25,00 - 29,99 - Pré-obeso	8	
30,00 - 34,99 - Obeso grau I	5	
35,00 - 39,99 - Obeso grau II	2	
≥ 40,00 - Obeso grau III	0	
Incapacidade física temporária e sensação de mal-estar (em duas semanas)	10	
Sem incapacidade física e sem sensação de mal-estar	10	
Sem incapacidade física mas com sensação de mal-estar	8	
Com incapacidade física:		
1 a 2 dias	5	
3 a 4 dias	2	
5 a 7 dias	1	
≥ 8 dias	0	
Doenças crónicas		18
Ausência de diabetes	3	
Ausência de asma	3	
Ausência de tensão arterial alta	3	
Ausência de dor crónica	4	
Ausência de outras doenças crónicas	5	

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão C) (Cont.)

Condição económica		13
Rendimento mensal	13	
> 2000 euros	13	
> 1500 e ≤ 2000 euros	10	
> 1200 e ≤ 1500 euros	7	
> 900 e ≤ 1200 euros	5	
> 700 e ≤ 900 euros	3	
> 500 e ≤ 700 euros	2	
> 350 e ≤ 500 euros	1,5	
> 250 e ≤ 350 euros	1	
> 150 e ≤ 250 euros	0,5	
≤ 150 euros	0	
Hábitos de vida		31
Consumo diário de tabaco	6	
Não fuma	6	
Fuma ocasionalmente:		
e não fumou nas duas últimas semanas	4	
e fumou ocasionalmente nas duas últimas semanas	3	
mas fumou diariamente nas duas últimas semanas	1,5	
Fuma diariamente:		
entre 1 a 3 cigarros	1,5	
entre 4 e 10 cigarros	1	
entre 11 e 20 cigarros	0,5	
mais do que 20 cigarros	0	
Exposição a ambientes fechados com fumadores	4	
Nunca	4	
Pouco tempo	3	
Algum tempo	1,5	
Bastante tempo	0,75	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Refeições principais diárias	6	
3 refeições	6	
2 refeições	4	
1 refeição	1	
nenhuma	0	
Consumo de vinho	3	
Não consumiu vinho	3	
Consumo diário de vinho:		
≤ 2 copos	2	
> 2 e ≤ 4 copos	1	
> 4 e ≤ 6 copos	0,5	
> 6 copos	0	
Consumo de cerveja	3	
Não consumiu cerveja	3	
Consumo diário de cerveja:		
≤ 2 copos	1,5	
> 2 e ≤ 4 copos	1	
> 4 e ≤ 6 copos	0,5	
> 6 copos	0	
Consumo de bagaço/ aguardente / brandy	3	
Não consumiu bagaço/ aguardente / brandy	3	
Consumo diário de bagaço/ aguardente / brandy		
≤ 1 copo	1	
> 1 e ≤ 2 copos	0,5	
> 2 copos	0	

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão C) (Cont.)

Consumo de vinho do porto/ martini/ licores		3
Não consumiu vinho do porto/ martini/ licores	3	
Consumo diário de vinho do porto/ martini/ licores		
≤ 2 copos	1	
> 2 e ≤ 4 copos	0,5	
> 4 copos	0	
Consumo de whisky/ gin/ vodka		3
Não consumiu whisky/ gin/ vodka	3	
Consumo diário de whisky/ gin/ vodka		
≤ 1 copo	1	
> 1 e ≤ 2 copos	0,5	
> 2 copos	0	

ANEXO 3

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão D)

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão D)

Indicadores	Ponderações	
Qualidade de vida em saúde		100
Utilização dos cuidados de saúde		18
Entidade de saúde da qual beneficia	5	
ADSE/ SSMJ/ ADMA/ ADFA/ ADME/ SAD-PSP/ SAD-GNR/ SAMS/ Outros	5	
Serviço Nacional de Saúde/ Serviço Regional de Saúde	0	
Idas ao médico nos últimos três meses	3	
0 a 1 vez	3	
2 a 3 vezes	1	
4 a 6 vezes	0,5	
mais do que 6 vezes	0	
Seguro de saúde e grau de cobertura	10	
Com seguro de saúde e grau de cobertura de:		
Todos os riscos	10	
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Medicamentos	7	
Internamento, Consultas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	5	
Outras combinações de riscos	3	
Apenas internamento	2	
Sem seguro de saúde	0	
Apreciação do estado de saúde		20
IMC = Kg/m²	10	
< 18,5 - Baixo peso	7	
18,5 - 24,99 - Peso normal	10	
25,00 - 29,99 - Pré-obeso	8	
30,00 - 34,99 - Obeso grau I	5	
35,00 - 39,99 - Obeso grau II	2	
≥ 40,00 - Obeso grau III	0	
Incapacidade física temporária e sensação de mal-estar (em duas semanas)	10	
Sem incapacidade física e sem sensação de mal-estar	10	
Sem incapacidade física mas com sensação de mal-estar	8	
Com incapacidade física:		
1 a 2 dias	5	
3 a 4 dias	2	
5 a 7 dias	1	
≥ 8 dias	0	
Doenças crónicas		18
Ausência de diabetes	3	
Ausência de asma	3	
Ausência de tensão arterial alta	3	
Ausência de dor crónica	4	
Ausência de outras doenças crónicas	5	

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE (Versão D) (Cont.)

Condição económica		13
Rendimento mensal		13
> 2000 euros	13	
> 1500 e ≤ 2000 euros	10	
> 1200 e ≤ 1500 euros	7	
> 900 e ≤ 1200 euros	5	
> 700 e ≤ 900 euros	3	
> 500 e ≤ 700 euros	2	
> 350 e ≤ 500 euros	1,5	
> 250 e ≤ 350 euros	1	
> 150 e ≤ 250 euros	0,5	
≤ 150 euros	0	
Hábitos de vida		31
Consumo diário de tabaco		6
Não fuma	6	
Fuma ocasionalmente:		
e não fumou nas duas últimas semanas	4	
e fumou ocasionalmente nas duas últimas semanas	3	
mas fumou diariamente nas duas últimas semanas	1,5	
Fuma diariamente:		
entre 1 a 3 cigarros	1,5	
entre 4 e 10 cigarros	1	
entre 11 e 20 cigarros	0,5	
mais do que 20 cigarros	0	
Exposição a ambientes fechados com fumadores		4
Nunca	4	
Pouco tempo	3	
Algum tempo	1,5	
Bastante tempo	0,75	
A maior parte do tempo	0,5	
Sempre	0	
Refeições principais diárias		6
3 refeições	6	
2 refeições	4	
1 refeição	1	
nenhuma	0	
Consumo de vinho		3
Não consumiu vinho	3	
Consumiu vinho	0	
Consumo de cerveja		3
Não consumiu cerveja	3	
Consumiu cerveja	0	
Consumo de bagaço/ aguardente / brandy		3
Não consumiu bagaço/ aguardente / brandy	3	
Consumiu bagaço/ aguardente / brandy	0	
Consumo de vinho do porto/ martini/ licores		3
Não consumiu vinho do porto/ martini/ licores	3	
Consumiu vinho do porto/ martini/ licores	0	
Consumo de whisky/ gin/ vodka		3
Não consumiu whisky/ gin/ vodka	3	
Consumiu whisky/ gin/ vodka	0	