



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE:  
A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES  
TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL**

**Maria Isabel Fernandes Praça**

Enfermeira Especializada em Enfermagem Comunitária, Mestranda do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, Centro de Saúde Bragança- Unidade de Santa Maria (Portugal). E-mail: isabelpraca@hotmail.com.

**Manuel Alberto Morais Brás**

Professor Adjunto, Doutorado em Ciências de Enfermagem, Departamento de Ciências de Enfermagem e Gerontologia, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança (Portugal). e-mail: mambras@gmail.com

**Eugénia Maria Garcia Jorge Anes**

Professor Adjunto, Vice-presidente do Conselho Técnico-Científico, Departamento de Ciências de Enfermagem e Gerontologia, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança (Portugal). e-mail: Eugenia@ipb.pt

**Maria de Fátima Morais Brás**

Enfermeira Especializada em Enfermagem Comunitária, Mestranda do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, ULS – Nordeste (Bragança, Portugal.)

*Fecha de recepción: 8 de enero de 2011  
Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011*

**RESUMO:**

Foi realizado um estudo de avaliação da qualidade de vida na população dos utentes maiores de 18 anos inscritos nos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I – Nordeste Portugal). Com uma abordagem quantitativa. Foi utilizado um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de vida - SF 36. É um estudo não experimental, analítico e transversal, desenvolvido numa amostra de constituída por 1111 utentes.

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (71,4%) e a idade oscila entre 18 e 90 anos, com média de 47,6 e desvio padrão de 18,5 anos. A maioria é casada (61,8%) e 21,8% são solteiros. Quanto à escolaridade 32,0% possui o ensino básico, 24,2% o ensino superior e 14,8 não têm qualquer habilitação académica. A maior parte reside em zonas urbanas (57,4%). Estão profissionalmente activos 59,7%, dos quais, o grupo profissional mais frequente é pessoal dos serviços e vendedores (23,6%), 11,9% estão desempregados e 28,5% estão reformados. Têm baixos rendimentos familiares, a maioria dos utentes inferiores a 1000€, 32,7% menores que 500€.

Foi constatada relação dos factores sócio-demográficos e a qualidade de vida, mais especifica-



## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL

mente o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, zona de residência, grupo e situação profissional e o rendimento.

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

### ABSTRAT:

A study was conducted to evaluate the quality of life in the population of users over 18 enrolled in the Health Centres of ACES Trás-os-Montes I - Northeast Portugal). With a quantitative approach. We used a generic instrument to assess Quality of life - SF 36. It is a non-experimental, analytical and cross-sectional study, developed in a sample consisting of 1111 users.

The sample is mostly female (71.4%) and age ranges between 18 and 90 years, mean 47.6 and standard deviation of 18.5 years. Most are married (61.8%) and 21.8% are single. Regarding schooling 32.0% have basic education, higher education 24.2% and 14.8 have no academic qualification. Most live in urban areas (57.4%). 59.7% are gainfully employed, of which the most common occupational group is personal services and sales (23.6%), 11.9% are unemployed and 28.5% are retired. Have low family income, most users less than € 1,000, 32.7% lower than € 500.

Relation was found for socio-demographic and quality of life, specifically sex, age, marital status, education level, area of residence, group and occupational status and income.

**Keywords:**

Health, disease, level of health, quality of life in health.

### INTRODUÇÃO

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

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

Após a criação da OMS (1945), a saúde passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais” (Ferreira, 1989, p.24).

O estudo da saúde é um desafio sendo um conceito dinâmico, difícil de definir e medir (Albuquerque & Matos, 2006). O estado de saúde está intimamente relacionado e, muitas vezes é usado como sinónimo de qualidade de vida, valorizando-se cada vez mais como indicador, a qualidade de vida relacionada com a saúde (Jóia, Ruiz & Donalísio, 2008).

Saúde e qualidade de vida são muitas vezes entendidos como sinónimos. A saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida.

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

Qualidade de vida relacionado com a saúde é um estado subjectivo de saúde, centrado na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (Pires, 2009). Podendo ser considerada como o valor atribuído à vida, ponderado pelos danos funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos e a organização política e económica do sistema assistencial (Campos & Neto, 2008).



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

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

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspectos da qualidade de vida, relacionados na existência individual, com o domínio da saúde (Ferreira, 2000).

A avaliação da qualidade de vida torna-se actualmente indispensável ao nível da tomada de decisão.

Com o presente estudo pretendemos

- Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde nos indivíduos inscritos no ACES Trás-os-Montes I Nordeste, através da aplicação do Instrumento de Avaliação de Saúde (SF-36 v2);

- Reflectir sobre a auto-percepção da qualidade de vida dos indivíduos inscritos no ACES Trás-os-Montes I Nordeste;

Para tal foi usado um estudo descritivo de carácter observacional, transversal e analítico com uma abordagem quantitativa.

A população do nosso estudo é a população maior de 18 Anos inscritos nos Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I - Nordeste. A amostragem é probabilística, constituída por todos os utentes com mais de 18 Anos de idade que se dirigiram aos Centros de Saúde no período de uma semana, conscientes, orientados e que voluntariamente aceitaram participar no estudo. A colheita de dados decorreu de 5 a 9 de Julho de 2010.

Para avaliar a auto-percepção do estado de saúde da população foi utilizado como instrumento de colheita de dados o SF-36 v<sub>2</sub> já validado para a população portuguesa (Ferreira, 2000). SF-36 v<sub>2</sub> é um questionário genérico de saúde, com 36 itens, agrupadas em oito dimensões correspondentes às funções física, emocional e social, aos desempenhos físico e emocional, à dor, à saúde em geral e à vitalidade. Foram incluídas algumas questões sócio-demográficas, que nos permitiram mais facilmente caracterizar o utente.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado por via informática, utilizando para o efeito o programa SPSS (Statistical Psychologic and Society Science) na versão 17.0 e será utilizada estatística descritiva inferencial.

## METODOLOGIA

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

A população em estudo são os utentes com 18 ou mais anos inscritos nos Centros de Saúde ACES Trás-os-Montes I – Nordeste, num total de 142594 utentes. O Centro de Saúde de Alfandega da Fé têm 5363 utentes com idade igual ou superior a 18 anos de idade, Bragança tem 35928, Carrazeda de Ansiães tem 6299 utentes, Macedo de Cavaleiros tem 15202 utentes, Miranda do Douro tem 6958 utentes, Mirandela tem 22985 utentes, Mogadouro tem 9393 utentes, Torre de Moncorvo com 10020 utentes, Vila Flor com 6763 utentes, Vila Nova de Fóz Côa com 7000 utentes, Vimioso com 4429 utentes e Vinhais com 8500 utentes.

As pessoas ou objectos das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população (Ribeiro, 2010). Na realização de este estudo foi utilizada uma amostragem probabilística (a proba-



## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL

bilidade relativa de qualquer elemento da população ou universo ser incluída na amostra pois a selecção da população a ser incluída na amostra será feita de modo aleatória). A nossa amostra foi assim constituída por 1111 utentes.

Critérios de inclusão no estudo são os utentes com idade igual ou superior a 18 Anos de idade, estarem inscritos nos Centro de Saúde em estudo, estarem conscientes, orientados e que concorrem participarem no estudo.

Variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante. A escolha de uma variável deve garantir que ela varia (Ribeiro, 2010). A Variável dependente é a Percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde; a avaliação desta variável é efectuada pela aplicação do Instrumento de Mediação Genérica de Saúde SF 36 v2. As variáveis independentes: Idade; Género; Estado Civil; Habilitações Académicas; Situação Profissional; Rendimento; Local de residência.

### ANÁLISE RESULTADOS

A amostra em estudo é constituída por 1111 inquiridos, dos quais 22,3% pertencem ao Centro de Saúde de Bragança, 0,9% ao CS de Mirandela, 9,5% ao CS de Macedo de Cavaleiros, tendo os restantes CS uma representatividade variando entre 3,8% e 7,7%.

Na nossa amostra no que diz respeito ao sexo (Tabela 1), observou-se uma predominância do sexo feminino (71,4%). Distribuição da idade dos inquiridos, esta varia entre um mínimo de 18 anos até um máximo de 90 anos, sendo assimétrica positiva - a maior parte dos inquiridos tem idades inferiores a 50 anos. Com base na mediana, vemos que 50% dos utentes tem entre 18 e 45 anos e os outros 50% entre os 45 e 90 anos, tendo uma média de 47,6 anos com um desvio-padrão de 18,5 anos.

Tabela 1 – Caracterização sexo e idade da amostra

		Frequência
Sexo	Masculino	28,6%
	Feminino	71,4%
Idade		Mín- 18 anos Máx.- 90; = 47,6 ± 18,5; P <sub>50</sub> = 45; Assimetria= 5,356; Achatamento = -6,229

O estudo do estado civil dos utentes permite verificar que a maioria é casada (61,8%), 21,8% são solteiros, 8,6% viúvos, 5,5% divorciados e 2,7% vivem em união de facto, vivendo a maior parte dos utentes inquiridos reside em zona urbanas (57,4%).

Quanto a escolaridade vemos que 32,0% possui o ensino básico (3º Ciclo (8,6%), 2º Ciclo (8,3%) e 5,5% não sabe ler nem escrever. Sendo que o grupo profissional mais frequente é o grupo do pessoal dos serviços e vendedores (G5), 23,6% do total dos 1111 inquiridos. Em segundo plano, destacam-se os trabalhadores não qualificados (G9) com 18,5%.

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2=34,985$ ;  $g.l.=12$ ;  $p<0,001$  \*\*\*), concluímos que o nível médio do índice de qualidade de vida não é significativamente igual nos utentes dos 13 centros de saúde, havendo diferenças de centro para centro (Tabela 2).



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

Tabela 2 – Tabela de frequências da existência de algum problema de saúde em função do centro de saúde

CENTRO SAÚDE	ESTATÍSTICAS		CENTRO SAÚDE	ESTATÍSTICAS	
	–	Média Ordens		–	Média Ordens
AF	65,4 ± 16,9	548,45	MG	63,7 ± 18,1	529,71
BG	65,3 ± 16,5	544,29	TM	67,7 ± 14,3	587,77
CA	65,3 ± 17,0	544,66	VF	60,2 ± 17,1	449,54
FC	60,2 ± 16,1	444,64	VC	67,1 ± 18,6	594,19
MC	64,5 ± 18,1	539,91	VM	74,1 ± 15,0	726,77
MD	70,8 ± 15,4	649,66	VN	66,9 ± 16,2	578,63
ML	66,6 ± 16,8	572,60	<b>TOTAL</b>	65,7 ± 16,0	-----

**Teste de Kruskal-Wallis:  $\chi^2=34,985$ ; g.l.=12;  $p<0,001$  \*\***

Com base nas médias, observamos que os utentes de Freixo de Espada à Cinta (60,2 / 444,64) e de Vila Flor (60,2 / 449,54) são os utentes com menor índice de qualidade de vida, enquanto os utentes de Miranda do Douro (70,8 / 649,66) e de Vimioso (74,1 / 726,77) são os utentes com melhor qualidade de vida (Tabela 2).

Aplicando o teste de Mann-Whitney ( $Z=-2,876$ ;  $p=0,004$  \*\*) concluímos que sexo influencia significativamente o índice de qualidade de vida, tendo o sexo masculino melhor qualidade de vida (67,9 contra 64,8) (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo o centro de saúde

SEXO	–	Média Ordens
Masculino	67,9±17,0	599,71
Feminino	64,8±16,7	538,47
Total	65,7±16,9	-----

**Teste de Mann-Whitney:  $Z=-2,876$ ;  $p=0,004$  \*\***

Com a aplicação do teste de correlação de Spearman ( $Rhó= -0,482$ ;  $N=1111$ ;  $p<0,001$ ) concluímos que existe uma correlação significativa entre a idade e o índice de qualidade de vida (Tabela 4) Sendo o coeficiente de correlação negativo ( $Rhó = -0,482$ ) classifica-se a correlação entre as duas variáveis em inversa ou negativa, significando que os utentes que têm maior idade, têm geralmente menor índice de qualidade de vida e os utentes que têm menor idade, têm maior índice de qualidade de vida. Com base na análise de regressão, podemos dizer que por cada ano de idade que aumente, os utentes perdem em média cerca de meio por cento no seu índice de qualidade de vida (-0,46).



**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL**

Tabela 4 – Estudo da correlação entre o índice de qualidade de vida e a idade

CORRELAÇÕES	Rhó	N	p
IQV - Idade	-0,482	1111	P<0,001 ***
Análise de Regressão: $\alpha = 87,76$ ; $\beta = -0,46$			

Para estudarmos a variação do índice de qualidade de vida em função do estado civil, aplicamos o teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2=122,706$ ;  $g.l.=4$ ;  $p<0,001$  \*\*\*) concluindo pela não igualdade das médias (Tabela 5). Assim, conclui-se que os utentes solteiros (73,0 / 696,73) e os utentes vivendo em união de facto (72,2 / 673,77) são os que tem melhor índice de qualidade de vida; ao inverso, os utentes viúvos (50,0 / 278,27) são os que apresentam menor qualidade de vida; tendo os restantes estados civis, valores intermédios

Tabela 5 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	$\bar{x} \pm s$	Média Ordens
Solteiro	73,0±13,8	696,73
Casado	65,0±16,5	540,07
Viúva	50,0±16,3	278,27
Divorciado	66,2±17,0	560,93
União de facto	72,2±12,7	673,77
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Kruskal-Wallis: <math>\chi^2=122,706</math>; <math>g.l.=4</math>; <math>p&lt;0,001</math> **</b>		

Fazendo uso do teste de Mann-Whitney ( $Z=-6,452$ ;  $p<0,001$  \*\*\*) concluímos que o índice de qualidade de vida dos utentes é significativamente dependente da sua zona de residência, apresentando os utentes que residem em zonas urbanas (68,5 / 609,48) melhor qualidade de vida que os utentes residentes em zonas rurais (61,9 / 483,87) (Tabela 6).

Tabela 6 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo o número de pessoas do agregado familiar

RESIDÊNCIA	$\bar{x} \pm s$	Média Ordens
Rural	61,9±17,6	483,87
Urbano	68,5±15,7	609,48
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Mann-Whitney: <math>Z=-6,452</math>; <math>p&lt;0,001</math> ***</b>		

A utilização do teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2=281,395$ ;  $g.l.=4$ ;  $p<0,001$  \*\*\*) permite concluir que a média do índice de qualidade de vida não é significativamente igual nos cinco níveis de escolaridade (Tabela 7). Com efeito, notamos que quanto maior o nível de escolaridade dos utentes, maior o seu índice de qualidade de vida – quem não sabe ler nem escrever (46,0 / 204,73) tem pior quali-



## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

dade de vida; ao inverso, quem possui estudo superiores (65,7 / 739,29) tem melhor qualidade de vida.

Tabela 7 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo a escolaridade

ESCOLARIDADE	$\bar{x}$	Média Ordens
Não Sabe Ler Nem Escrever	46,0±13,2	204,73
Sabe Ler e Escrever	53,8±14,9	327,65
Ensino Básico	60,4±16,9	452,60
Ensino Secundário	71,1±13,9	656,15
Ensino Superior	75,2±11,9	739,29
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Kruskal-Wallis: <math>\chi^2=281,395</math>; g.l.=4; <math>p&lt;0,001</math> ***</b>		

Ao compararmos o índice de qualidade de vida tendo em consideração o grupo profissional (Tabela 8) e recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis ( $c^2=259,254$ ; g.l.=8;  $p<0,001$  \*\*\*) concluímos que aquele não é significativamente nos nove grupos profissionais.

Tabela 8 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo o grupo profissional

GRUPO PROFISSIONAL	$\bar{x}$	Média Ordens
G10	68,2±15,1	601,48
G2	75,2±12,4	738,36
G3	75,1±13,1	742,50
G4	71,4±12,2	654,78
G5	68,4±14,4	597,43
G6	56,2±15,5	372,02
G7	69,3±17,3	623,77
G8	68,3±17,2	612,63
G9	51,7±16,9	306,87
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Kruskal-Wallis: <math>\chi^2=259,254</math>; g.l.=8; <math>p&lt;0,001</math> ***</b>		

Assim, pela observação das médias das ordens, vemos que os utentes técnicos e profissionais de nível intermédio (G3) são os que apresentam maior índice de qualidade de vida (742,50), seguido de perto dos especialistas das profissões intelectuais e científicas (G2) (738,36). Em posição oposta, destacam-se os trabalhadores não qualificados (G9) (306,87) e os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6) (372,02).

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis ( $c^2=286,383$ ; g.l.=3;  $p<0,001$  \*\*\*) concluímos que o índice de qualidade de vida médio está significativamente dependente da situação profissional, tendo os utentes activos (72,4 / 681,11) valores superiores e os utentes reformados por doença (47,2 / 232,97) menores valores (Tabela 9).



## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL

Tabela 9 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo a situação profissional

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	—	Média Ordens
Activo	72,4±13,2	681,11
Desempregado	62,4±16,3	489,81
Reformado por idade	55,1±16,1	355,37
Reformado por doença	47,2±15,0	232,97
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Kruskal-Wallis:</b> $\chi^2=286,383$ ; <i>g.l.</i> =3; <i>p</i> <0,001 ***		

Ao estudarmos a influencia do rendimento familiar sobre o índice de qualidade de vida, fazendo uso do teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2=179,926$ ; *g.l.*=4; *p*<0,001 \*\*\*) concluímos pela existencia da mesma, havendo um incremento do índice de qualidade de vida, com o incremento do rendimento familiar; tendo os utentes que auferem menos de 500 euros, menor qualidade de vida (56,8 / 392,64) e os utentes que auferem mais de 2000 euros, melhor qualidade de vida (75,3 / 746,13) (Tabela 10).

Tabela 10 – Comparação do índice de qualidade de vida segundo o grupo profissional

RENDIMENTO FAMILIAR	—	Média Ordens
<500€	56,8±17,3	392,64
500-999€	65,9±15,6	552,98
1000-1499€	72,0±13,4	674,08
1500-2000€	73,6±13,7	706,05
>2000€	75,3±13,0	746,13
Total	65,7±16,9	-----
<b>Teste de Kruskal-Wallis:</b> $\chi^2=179,926$ ; <i>g.l.</i> =4; <i>p</i> <0,001 ***		

## DISCUÇÃO/CONCLUSÃO

A amostra em estudo é constituída por 1111 inquiridos, sendo que 71,4% são do sexo feminino. Dados corroborados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2001) que refere, na região Norte a relação de masculinidade era, em 2001, de 93,6 homens por cada 100 mulheres, valor que supera os referentes a Portugal (93,4). No registo da população inscrita nos clínicos gerais do ACES (2009) refere que a maioria dos inquiridos (51,7%) é do sexo feminino, apenas 48,3% é do sexo masculino.

A idade dos inquiridos varia entre os 18 anos e os 90 anos, sendo que 50% dos utentes têm entre 18 e 45 anos, tendo uma média de idades de 47,6%. Dados corroborados pelo INE (2001) que refere na região Norte, por cada 100 indivíduos com idade compreendida entre os 55 e os 64 anos, existiam 166 indivíduos com idade compreendida entre os 20 e os 29 anos.

Relativamente ao estado civil verificamos que a maioria é casada (61,8%), 21,8% são solteiros,





## DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

8,6% viúvos, 5,5% divorciados e 2,7% vivem em união de facto. Relativamente ao estado civil o INE (2001) refere que na região norte 5,8% da população é viúva, 51% são casados, dados muito inferiores aos encontrados no nosso estudo, 38,5% dos inquiridos são solteiros, dados superiores ao do estudo. Estes dados podem ser justificados pois o estudo foi realizado aos utentes que se dirigiam ao CS no espaço de uma semana, e na região do Alto Trás-os-Montes a população encontra-se mais envelhecida encontrando-se uma maior proporção de viúvos.

Quando questionados sobre o local de residência, 57,4% da amostra referem residir em meio urbano. Os dados do INE (2001) referem que 58,5% da população residente no concelho de Bragança habita em meio urbano. Relativamente a escolaridade 24,2% dos inquiridos possui o ensino superior, 29,1% ensino secundário, 32,0% ensino básico (3º Ciclo (8,6%), 2º Ciclo (8,3%) e 1º Ciclo (15,1%)), 9,3% sabe ler e escrever e 5,5% não sabe ler nem escrever. Segundo o Pordata (2010) 10,3% da população não sabe ler nem escrever (dados muito superiores ao da nossa amostra), 15,7% da população possui o ensino secundário, 61,9% possui o ensino básico (28,4% 1º Ciclo, 13,9% 2º Ciclo, 19,6% 3º Ciclo), e 11,8% da população possui ensino superior.

Relativamente a profissão verificamos que o grupo pessoal dos serviços e vendedores (G5) com 23,6%, seguido dos trabalhadores não qualificados (G9) com 18,5%, os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (G6) com 10,8%. Segundo Dados INE (2001), 10,9% da população são agricultores, 18,1% da população esta empregada na construção e industria, 15,8% da população trabalha nos serviços, 11,7% trabalhadores não qualificados.

Dos inquiridos 52,0% tem pelo menos um problema de saúde, havendo 48% sem nenhum problemas de saúde. Mais de 600.000 portugueses entre os 35 e os 64 anos consideram ter importantes problemas de saúde que condicionam gravemente a sua qualidade de vida. É portanto nos grupos etários mais elevados – que como vimos tem tendência a aumentar – que mais frequentemente se põem problemas de saúde. Aspecto relevante de saúde das populações é as doenças crónicas pelo impacto que têm na qualidade de vida dos cidadãos e no consumo de recursos de saúde (Araújo, 2008).

Quando comparamos o índice de qualidade de vida e o sexo, verificamos que os homens apresentam melhor nível de qualidade de vida que as mulheres. Vários estudos referem que, são os homens que apresentam melhor qualidade de vida. Na diálise segundo Anes e Ferreira (2009) referem que as mulheres manifestam pior nível de qualidade de vida. Barros, Zanchetta, Moura e Malta (2009) realizaram um inquérito a 54213 pessoas sobre a autoavaliação estado de saúde, sendo que a avaliação do estado de saúde como ruim foi mais frequente em mulheres. Relativamente a idade e qualidade de vida concluímos que indivíduos mais novos apresentam melhor índice de qualidade de vida assim como no estudo de Anes e Ferreira (2009), Oliveira (2009) (os inquiridos com mais de 40 anos o estado de saúde mais que mais referem é o razoável, e bom entre os 25 e os 39 anos).

Relativamente ao estado civil verificamos que os solteiros e vivem em união de facto apresentam melhor índice de qualidade de vida, em contrapartida os viúvos apresentam pior índice de qualidade de vida assim como nos estudos Anes e Ferreira (2009), Oliveira (2009), Pires (2009).

Quando se compara a escolaridade e o índice de qualidade de vida conclui-se que os utentes com o ensino superior têm melhor índice de qualidade de vida comparativamente com aqueles que não sabem ler nem escrever, dados corroborados por outros estudos como o de Barros, Zanchetta, Moura e Malta (2009), Miguel (2009), Oliveira (2009), Hartmann (2008), Vintem (2008) que referem que os homens e as mulheres analfabetos são os indivíduos que se declaram mais de muito má ou má saúde.

Os resultados da presente investigação demonstram a influência de diversas variáveis na qualidade de vida dos utentes, como o sexo, idade, escolaridade, estado civil.

A qualidade de vida relacionada com a saúde e a percepção do estado de saúde estão associa-



## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS UTENTES QUE FREQUENTAM OS CENTROS DE SAÚDE DO ACES TRÁS-OS-MONTES I NORDESTE - PORTUGAL

dos a um alto nível de bem-estar e de satisfação dos indivíduos e a uma melhor adaptação às circunstâncias e uma maior rentabilidade, contribuindo para uma menor morbilidade e, consequentemente, menor despesa (Anes & Ferreira, 2009).

### BIBLIOGRAFIA:

- Albuquerque, C.M.S & Matos, A.P.S. (2006). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*. 184- 200.
- Amorin, M. I.S. P.L. (1999). *Qualidade de vida e coping na doença crónica um estudo em diabéticos não insulino dependentes*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e saúde mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Anes, E; Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista de Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 67-82.
- Araújo, A. T. (2008) observatório nacional das doenças respiratórias <http://www.ondr.org> retirado a 28/02/2011
- Araújo, I. M. B. (2006). Saúde, Doença e Educação para a Saúde: Uma Perspectiva. *Revista Sinais Vitais*, 67, 13-16.
- Barros, M.B.A; Zanchetta, L.M.; Moura, E.C.; Malta, C.M. (2009). Auto-avaliação da saúde e factores associados, Brasil. *Revista Saúde Pública*. 43,27-37.
- Campos, M.O. & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde pública*. 32, 2, 232- 240.
- Carvalho, A.A.S. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de Doutoramento da Universidade do Minho.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação. Lisboa: Editora Lusociência
- Costa, R. (2008). *O efeito da educação sobre estado de saúde individual no Brasil*. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências económicas.
- Estatística de emprego 4 trimestre 2010 [www.ine.pt](http://www.ine.pt) retirado a 3 /3/ 2011
- Ferreira, F. A. G. (1989). *Sistema de Saúde e Seu Funcionamento*. Lisboa. Editora Fundação Calous Glubenquien.
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Revista Acta Med. Port*, 13, 119- 127.
- Hartmann, A. C. V. C. (2008). *Factores associados a auto percepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Biomédica da Universidade Católica de Rio Grande, Porto Alegre.
- Instituto Nacional de Estatística(2001) – As pessoas – [www.ine.pt](http://www.ine.pt) retirado a 1 /3/2011
- Jóia, L.C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Epidemiologia Serviço Saúde*, 17, 187-194.
- Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores.
- Miguel, J. P. (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [www.insa.pt](http://www.insa.pt) retirado a 3/3/2011.
- Oliveira, D. G. F. (2009). *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Oliveira, R.& Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

- após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262.
- Parahoo, K. (2006). Principles, Process and Issues. *Revista Nursing* 7, 22-33.
  - Pimentel, F. L. (2003). Qualidade de vida do doente oncológico. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
  - Pires, M.J. (2009). *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida. Estudo exploratório no concelho de Odivelas*". Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.
  - População residente com 15 ou mais anos: total e nível de ensino escolaridade completo mais elevado (2010) [www.pordata.pt/azap\\_runtime/?n=4](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4) retirado a 3/3/ 2011.
  - Reis, M (2002). Saúde e desenvolvimento do Indivíduo da Comunidade. [www.Saudesenvolvimento.pt](http://www.Saudesenvolvimento.pt) p.1-9 retirado a 1/03/2011
  - Ribeiro, J. L. P. (2005). Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Editora Quarteto.
  - Sampaio, A.C.L. (2007). *Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos*. Dissertação de mestrado da faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
  - Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20, 580-588.
  - Silva, H. & Coutinho, L. (2000). E para si, o que é a saúde? Contributos para a construção de um instrumento. *Revista Nursing*, 140, 36-40.
  - Vintem, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Saúde Pública* 6, 2, 5-18.

