

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

ESTADO DE SAÚDE VS QUALIDADE DE VIDA

SALUD VS CALIDAD DE VIDA

HEALTH STATUS VS QUALITY OF LIFE

Otília Zangão - Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Portugal. Investigadora do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora (CICTS)

Artur Querido Mendes - Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeiro Responsável do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora

Sofia Braga - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira Responsável da Unidade de Convalescença do Hospital do Espírito Santo de Évora

RESUMO

Objetivo: Compreender se o estado de saúde condiciona a qualidade de vida dos funcionários e identificar que variáveis influenciam a qualidade de vida dos funcionários da instituição. **Métodos:** Estudo descritivo-correlacional, quantitativo. Questionário sociodemográfico e versão portuguesa do MOS SF-36. Amostra funcionários docentes e não docentes que aceitaram participar no estudo. Tratamento dos dados através do Software Statistical Package for Social Sciences versão 20. Parecer positivo da Comissão de Ética, do diretor da instituição e consentimento informado dos participantes. **Resultados:** Diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e o estado de saúde na Componente Física. À medida que aumentam os valores da Componente Mental, aumentam os valores da auto percepção de um estado de saúde mais elevado. Quando mais elevados os valores de cada componente, mais elevada é a auto percepção do estado de saúde dos inquiridos. Podem ter influência no estado de saúde e na qualidade de vida dos inquiridos a presença de doenças crónicas, as habilitações literárias e o estado civil. **Conclusões:** Realçada a importância da promoção da saúde, prevenção da doença, de forma a obter ganhos na qualidade de vida, ganhos em saúde, acrescentando não apenas mais anos à vida mas, mais vida aos anos. Isto porque os problemas de saúde estão na sua maioria relacionados com hábitos e estilos de vida nocivos para a saúde.

Descritores: nível de saúde; qualidade de vida; estado de consciência.

ABSTRACT

Goal: To understand if the health status affects the quality of life of employees and to identify which variables influence the quality of life of the employees of the institution. **Methods:** A descriptive-correlational study, quantitative. Sociodemographic questionnaire and the Portuguese version of MOS SF-36. Sample of teaching staff and non-teaching staff who agreed to participate in the study. Data processing made through the Software Statistical Package for Social Sciences version 20. Approved by the Commission of Ethics and the Director of the institution; informed consent given by the participants. **Results:** Statistically significant differences between the quality of life and health status in the Physical Component. As the levels of the Mental Component increase also increase the levels of self-perception of a better health condition. The higher the levels of each component, the higher the self-perception of the health condition of the participants. The variables that can influence the health status and quality of life of the participants are the presence

of chronic conditions, academic qualifications and marital status. **Conclusions:** The importance of health promotion, disease prevention, was highlighted in order to obtain gains in quality of life, health gains, adding not only years to life, but also life to years. This is because health problems are mostly related to bad habits and harmful lifestyles.

Descriptors: health status; quality of life; consciousness.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el estado de salud afecta la calidad de vida de los empleados e identificar qué variables influyen en la calidad de vida de los empleados de la institución.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, cuantitativos. cuestionario socio-demográfico y la versión portuguesa de MOS SF-36. profesorado de la muestra y el personal no docente que aceptaron participar en el estudio. Procesamiento de datos a través del paquete de software estadístico para las Ciencias Sociales versión de 20 positivo de la opinión de la Comisión de Ética, el director de la institución y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida y estado de salud en el componente físico. Como cada vez mayores cantidades de componente mental aumentan autoperceção valores de una salud superior. Cuando mayores cantidades de cada componente, mayor será la autoperceção el estado de salud de los encuestados. Pueden influir en el estado de salud y calidad de vida de los encuestados la presencia de enfermedades crónicas, el nivel de instrucción y estado civil.

Conclusiones: El puesto de relieve la importancia de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, con el fin de obtener ganancias en la calidad de vida, beneficios para la salud, no sólo añadiendo años a la vida, sino más vida a los años. Esto se debe a problemas de salud están principalmente relacionados con los hábitos y estilos de vida perjudiciales para la salud.

Palabras clave: Estado de Salud; Calidad de Vida; Estado de Conciencia.

INTRODUÇÃO

A percepção do estado de saúde (muitas vezes também designada por autoavaliação do estado de saúde ou autoapreciação do estado de saúde), enquanto indicador subjetivo, complementa indicadores do estado de saúde mais objetivos como a mortalidade e a morbidade. À percepção do estado de saúde é reconhecida, assim, grande importância como indicador

do estado de saúde das pessoas porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, é independente das interpretações médicas dos sintomas e é também um importante preditor da mortalidade bem como da utilização dos serviços de saúde^(1, 2, 3, 4).

Conhecer o estado de saúde de uma determinada população é fundamental para um melhor planeamento em saúde, não só pelo seu papel como determinante de saúde, mas também pela sua relação com a adoção de comportamentos promotores de saúde. Sendo que a Organização Mundial de Saúde também tem recomendado este indicador para monitorização da saúde das populações.

Em contexto de cuidados de saúde, habitualmente recorre-se à expressão qualidade de vida relacionada com a saúde / estado subjetivo de saúde, ao invés de se utilizar apenas o conceito de qualidade de vida. O interesse pela temática qualidade de vida na área da saúde relaciona-se, essencialmente, com a necessidade de avaliar cuidados de saúde em geral e com o facto de a doença deixar de ser encarada numa simples visão biológica e passar a ser encarada numa perspetiva mais holística e integradora da pessoa⁽⁵⁾.

Assim, a avaliação subjetiva dos eventos passa a ter um peso determinante. Tentando objetivar, podemos dizer que a qualidade de vida é um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano⁽⁶⁾. Passam-se a considerar variáveis como a satisfação, felicidade e bem-estar como dimensões subjetivas da qualidade de vida, a par da abordagem objetiva que tem indicadores como ambiente físico, recursos e saúde, que são observáveis e quantificáveis⁽⁷⁾.

Para a saúde em geral, o bem-estar e a qualidade de vida assumem uma posição central, por vezes isoladamente, por vezes como sinónimos e outras integradas, pois falamos de conceitos que ainda estão em desenvolvimento, permitindo várias abordagens e interpretações. Os estudos atuais continuam a pretender demonstrar, e a contribuir para a consistência dos conceitos sendo um caminho necessário na consolidação. Na última década intensificou-se o interesse pela temática, qualidade de vida, com o conseqüente desenvolvimento de múltiplos instrumentos para a medir⁽⁸⁾.

É importante a avaliação da qualidade de vida, com a utilização de instrumentos fiáveis que permitam comparações de vários contextos para uma maior compreensão das sociedades atuais, e que possam ser um auxiliar na tomada de decisão para a saúde e o bem-estar das populações.

Este início de milénio, em que se vive a era dos estilos de vida, uma vez que as principais doenças e causas de morte estão prioritariamente associadas à maneira como vivemos. A resposta é mudar comportamentos para aproveitar mais a vida, e não para evitar a morte.

Vários são os conceitos fundamentais envolvidos, saúde, bem-estar, qualidade de vida, promoção da saúde, hábitos, estilos de vida e atividade física⁽⁶⁾, que justificam também o investimento na investigação e na uniformização de critérios de análise, contudo ainda existe um vazio instrumental para medir a qualidade de vida com fiabilidade e consenso⁽⁹⁾.

O Homem por conta do seu desenvolvimento tem vindo a ganhar anos de vida, o que o tem levado a questionar se a qualidade desses anos adicionais é positiva. Nos últimos anos cessámos de pensar na doença e voltamos o pensamento para a saúde⁽⁶⁾. Foi com o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), de meados do século passado (1946), em que se declarava que a saúde era mais que a ausência de doença, que se abriu espaço para a investigação que não assentava o seu foco só na doença, e se virava também para as características adaptativas como a resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade, criando espaço para o desenvolvimento do conceito “qualidade de vida”⁽¹⁰⁾.

A perceção do estado de saúde alargava os seus parâmetros para além da morbilidade e mortalidade, expandidos os conceitos de bem-estar e qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Qualidade de vida é um conceito recente que engloba e transcende o conceito de saúde⁽¹⁰⁾, isto é, embora esteja vinculada ao estado de saúde de um indivíduo, resulta de uma influência de variáveis que vão para além da condição biológica de saúde, onde a interação da cognição e dos estados emocionais determinam o bem-estar. Neste sentido as escolhas e as decisões no comportamento diário são da maior relevância para a saúde e para o bem-estar⁽⁶⁾.

A forma de aumentar a fiabilidade e os consensos é continuar a produzir investigação e a discutir de forma reflexiva os seus resultados, isto é, continua a aprofundar o conhecimento para melhor identificar variáveis relevantes na avaliação da qualidade de vida.

Este estudo teve como objetivos compreender se o estado de saúde condiciona a qualidade de vida dos funcionários da Escola Superior Enfermagem São João Deus (ESESJD) e identificar que variáveis influenciam a qualidade de vida dos funcionários da ESESJD.

Dada a importância destas questões para a sociedade e o interesse pessoal que temos pela temática enquanto profissionais de saúde, desenvolvemos este estudo de modo a contribuir para a produção de conhecimento no que à compreensão destes fenómenos diz respeito.

MÉTODOS

Realizámos um estudo descritivo-correlacional de abordagem quantitativa. Os dados foram recolhidos com base num questionário de caracterização sociodemográfica e através da versão portuguesa do instrumento de medição MOS SF-36, o qual foi usado para medir a perceção do estado de saúde e da qualidade de vida dos portugueses. Este “instrumento de medição genérica contém 36 itens cobrindo oito dimensões de estado de saúde e detetando tanto os estados positivos como os negativos de saúde”⁽¹¹⁾ e refere-se tanto à saúde física como mental.

A população acessível foram os funcionários docentes e não docentes da ESESJD, ou seja uma população ligada à área da saúde, mas com características diferentes entre si. A amostra foi constituída por todos os funcionários docentes e não docentes da referida instituição que aceitaram participar no estudo. Os dados foram recolhidos em outubro/novembro de 2015.

Para tratamento dos dados utilizámos o *Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for Social Sciences)* versão 20.

Para a recolha de dados foram respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos. Inicialmente foi pedido um parecer à Comissão de Ética de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora (Nº 15021), o qual foi positivo para a realização do trabalho. De seguida foi feito o pedido individual ao diretor da ESESJD. Em relação aos participantes, foi pedido o consentimento informado para a sua participação no estudo, o qual informava a cerca do estudo, dos seus objetivos e âmbito, salvaguardando sempre o anonimato, a confidencialidade e o abandono do estudo em qualquer etapa, sem qualquer dano para o envolvido. Após estes procedimentos ético-legais, foi realizada a recolha de dados.

Em termos de validade do instrumento utilizado, esta foi assegurada, pois o MOS SF-36 (SF-36 V2 © 1999 Quality Metric, Inc. Versão portuguesa © 1999 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra) foi adaptado culturalmente para português e validado para ser aplicado na população portuguesa⁽¹¹⁾.

Neste estudo foram definidas variáveis dependentes, independentes e questões de investigação, como se discriminam:

- Questões de investigação
 - Será que o estado de saúde condiciona a qualidade de vida?
 - Quais as variáveis que são preditoras da qualidade de vida em função do estado de saúde?
- Variáveis independentes: género, idade, estado civil, habilitações literárias, IMC, existência de doença crónica, atividade física.
- Variável dependente: estado de saúde (função física, desempenho físico, dor física, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional, saúde mental e mudança de saúde).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 41 participantes entre docentes e não docente. Em termos de caracterização sociodemográfica da amostra, esta é constituída por 80,5% de pessoas do género Feminino e 19,5% do género masculino com idades compreendidas entre os 30 e os 60 anos, verificámos que a maioria (60,9%) da amostra se situa acima dos 50 anos. A maioria (73,2%) dos inquiridos tem como estado civil casado.

Verificámos que a maioria dos inquiridos possui formação superior (68,3%) e o seu rendimento (56,1%) situa-se acima dos 1500 euros. Ainda no que se refere a este indicador verificámos que na generalidade tem hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a maioria dos inquiridos não tem atualmente hábitos tabágicos (82,9%), pratica alguma atividade física (63,4%), faz vigilância do estado de saúde (95,1%) cerca de uma ou duas vezes/ano (68,3%) e esta vigilância é realizada em médico de família (63,4%).

Por último e no que se refere aos indicadores gerais de saúde, observámos que a maioria diz não ter doenças crónicas (68,3%), no entanto apresentam em maioria um IMC a nível de pré-obesidade (56,1%).

Passando à análise da escala SF-36 que nos permite avaliar o Estado de Saúde, a qual está dividida em oito dimensões que se podem agrupar em duas Componentes, a Componente Física (Função física, Desempenho físico, Dor física e Saúde em geral) e a Componente Mental (Saúde mental, Desempenho emocional, Função social e Vitalidade).

Passamos agora à análise das variáveis independentes com as variáveis dependentes para perceber se o estado de saúde dos inquiridos condiciona a sua qualidade de vida.

Analisámos as variáveis sociodemográficas (idade, género e estado civil), nes-te grupo de variáveis verificámos que a Componente Física tem valores mais elevados para os inquiridos na faixa etária 46-50 anos (66,50), já na Componente Mental são os inquiridos na faixa etária dos 56-60 anos (52,90) os que apresentam valores mais elevados. Verificámos também que o estado de saúde é auto percecionado como melhor nas faixas etárias dos 36-40 anos e 56-60 anos (figura 1).

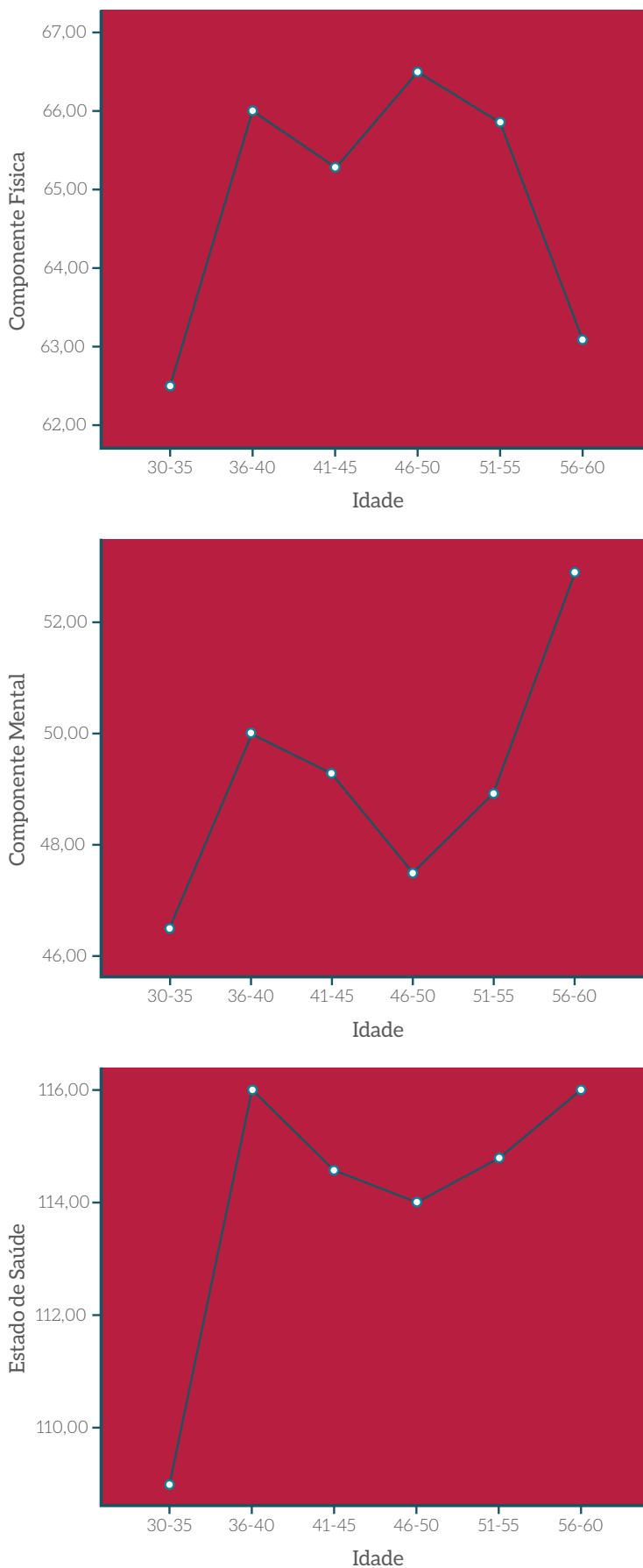


Figura 1 - Idade vs Componente Física e componente Mental Vs Estado de Saúde.

Relativamente ao género, verificámos que na Componente física é no género feminino que obtemos valores mais elevados, no entanto na Componente Mental é o género masculino que apresenta valores mais elevados. No conjunto das duas componentes e verificando o estado de saúde auto percecionado observamos que são as mulheres que referem um estado de saúde mais elevado.

Analogamente ao estado civil, podemos observar que é o estado civil divorciado que apresenta valores mais elevados na Componente Física, já na Componente Mental é com o estado civil casado que os valores são mais elevados. Comparativamente observámos que o estado de saúde é auto percecionado como melhor nos inquiridos com o estado civil casado (figura 2).

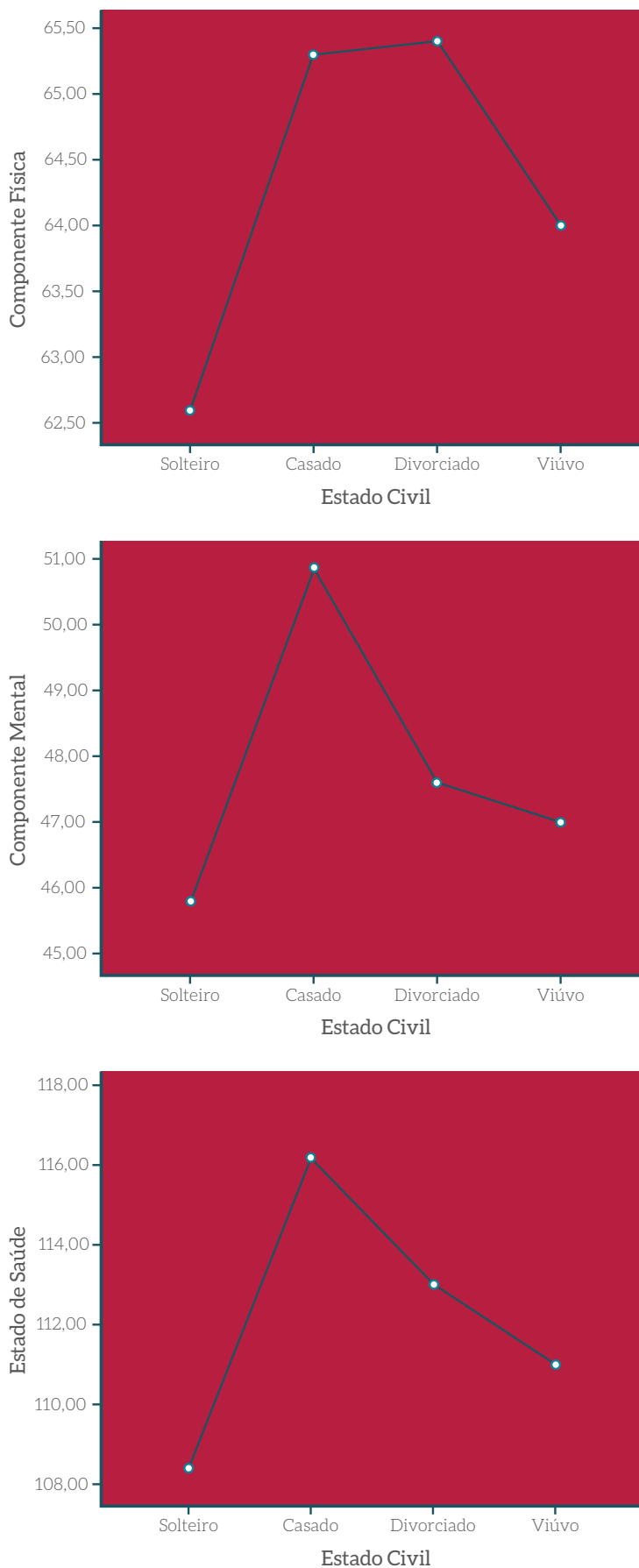


Figura 2 - Estado Civil vs Componente Física e Componente Mental vs Estado de Saúde.

Analisámos ainda as variáveis socioeconómicas (habilitações literárias e atividade física). Relativamente às habilitações literárias, verificámos que na Componente Física são os inquiridos com o 12º ano que apresentam valores mais elevados nesta componente, já na Componente Mental são os inquiridos com o grau de licenciado os que tem uma auto-perceção mais elevada da sua saúde mental. No entanto e no que diz respeito ao estado de saúde, verificámos que são os inquiridos com o Mestrado os que apresentam uma auto-perceção de valor mais elevado do estado de saúde.

Analogamente à atividade física observámos que a prática de atividade física faz com que os nossos inquiridos apresentem valores mais elevados em ambas as componentes, assim como na auto-perceção do estado de saúde que exibem (tabela 1).

Tabela 1 – Atividade Física vs Estado de Saúde

Estado de saúde	Atividade Física	N	Média	Desvio padrão
Componente física	Não	15	64,5333	3,96172
	Sim	26	65,1923	3,58909
	Total	41	64,9512	3,69426
Componente mental	Não	15	48,4000	4,71775
	Sim	26	50,5385	7,83954
	Total	41	49,7561	6,87670
Estado de saúde	Não	15	112,9333	7,01495
	Sim	26	115,7308	8,24892
	Total	41	114,7073	7,84934

Por último observámos as variáveis gerais de saúde (IMC e doença crónica). Relativamente à existência de doenças crónicas, verificámos que quando não há doenças crónicas nos inquiridos os valores em ambas as componentes são mais elevados, assim como na auto-perceção de um estado de saúde mais elevado (Tabela 2).

Tabela 2 - Doenças Crónicas vs Estado de Saúde

Estado de saúde	Doenças Crónicas	N	Média	Desvio padrão
Componente física	Não	28	65,5714	2,87297
	Sim	12	63,1667	4,83986
	Total	40	64,8500	3,68330
Componente mental	Não	28	50,5714	7,97416
	Sim	12	48,4167	2,84312
	Total	40	49,9250	6,87764
Estado de saúde	Não	28	116,1429	8,31649
	Sim	12	111,5833	6,14164
	Total	40	114,7750	7,93721

Analogamente ao IMC, observámos que os inquiridos que tem um IMC de pré-obesidade (25-29,9) apresentam em ambas as componentes (Física e Mental) valores mais elevados, pelo que são os que tem a auto-perceção do estado de saúde também mais elevada.

Em jeito de síntese verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,046$) entre a qualidade de vida e o estado de saúde, isto no que se refere à Componente Física. Na componente Mental verificámos que à medida que aumentam os valores, assim aumentam os valores da auto-perceção de um estado de saúde mais elevado, ou seja, quando mais elevados os valores de cada uma das componentes mais elevadas é a auto-perceção do estado de saúde dos inquiridos.

Na análise de relação da variável dependente (estado de saúde) com as variáveis independentes ou preditoras, prevemos o comportamento da variável dependente (e suas componentes) a partir das variáveis independentes, informando sobre a margem de erro dessas previsões. Para tal, utilizámos o Modelo de Regressão Linear Múltipla (MRLM)⁽¹²⁾. Este modelo consiste numa “técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre a variável dependente e um conjunto de variáveis independentes”⁽¹²⁾. Pretendemos assim estabelecer um modelo preditivo do estado de saúde VS qualidade de vida dos inquiridos e das variáveis independentes (género, idade, estado civil, habilitações literárias, IMC, existência de doença crónica, atividade física).

Nesta fase do estudo procedemos à análise da regressão linear standard, pelo que usámos todas as variáveis (Método: Enter). De acordo com o sumário do modelo, o coeficiente de correlação ajustado ($R^2a=0,058$) podemos afirmar que 5,8% da variabilidade total do estado de saúde é explicado pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão linear ajustado.

Com a estatística de Durbin-Watson (d) podemos verificar quanto à independência dos resíduos, no nosso estudo podemos supor que os resíduos são independentes ou seja não existe auto correlação (dependência) dos resíduos, pois temos o valor da estatística $d=2,651$, próxima de 2.

De acordo com o gráfico da regressão padronizada residual, podemos afirmar que os resíduos apresentam distribuição normal, pois a maioria dos pontos está mais ou menos em cima da linha diagonal principal sem desvios substanciais, logo os resíduos são considerados representativos de aproximadamente uma distribuição normal. A variável estatística de regressão satisfaz a hipótese de normalidade⁽¹³⁾.

Através da análise do gráfico de dispersão, podemos observar como os resíduos se distribuem de forma mais ou menos aleatória em volta do zero e já podemos observar a presença de um *outliers*. No entanto podemos obter mais informação acerca deste *outliers* através dos resíduos estandardizados e dos resíduos estudantizados, os quais neste caso tomam valores muito semelhantes. Mas é nos resíduos estudantizados que se pondera a influência de cada observação no modelo⁽¹³⁾. É assim evidente a presença de um *outliers*, o ponto padronizado residual excluído próximo de 6 e com valor previsto ajustado próximo de 115.

Fazendo os testes exatos à ocorrência de *outliers* e ao pressuposto da distribuição normal fizemos os estudantizados excluídos residual, no teste *Kolmogorov-Smirnov* cujo valor do *p-value* é de 0,487, portanto a variável resíduos não padronizados segue distribuição normal.

Para obter o grau de multicolinearidade, ou seja a associação entre as variáveis independentes⁽¹³⁾, e o seu efeito nos resultados, utilizamos o processo onde fazemos comparações através das conclusões obtidas a partir de valores do fator de inflação de variância (VIF) e de tolerância da variável (T). Através da VIF fizemos o diagnóstico de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Como os valores de VIF são inferiores a 5 não existe multicolinearidade entre as variáveis e como os valores de T estão, na maioria, perto de 1, podemos então concluir que a colinearidade entre as variáveis é baixa.

Para sabermos se o modelo ajustado é significativo, calculámos a ANOVA da regressão, a qual permite dizer que as variáveis independentes não possuem um efeito significativo sobre a variação da variável dependente. Podemos ainda afirmar que o modelo não é signi-

ficativo, pois temos associado um valor de $F=1,342$ com 7 a 32 graus de liberdade, tendo associado um $p\text{-value}=0,263$.

Os resultados obtidos revelam que a análise dos valores absolutos dos coeficientes estandarizados Beta permite afirmar que a variável doenças crônicas apresenta as maiores contribuições relativas para explicar o estado de saúde. Para uma significância $p<0,05$, podemos concluir que apenas a variável doença crônica afeta significativamente a variável dependente.

Realizámos também a regressão utilizando o *Automatic Linear Modeling*, “cujo objetivo é a visualização e a otimização do modelo de regressão linear para fins preditivos”⁽¹³⁾. O método de seleção foi o de *Forward Stepwise*, sendo a precisão classificatória neste modelo de apenas 12%.

As variáveis preditoras são apresentadas por grau de importância e verificamos que neste modelo de análise temos o estado civil e as habilitações literárias, sendo a mais importante o estado civil. Nos coeficientes do modelo (figura 3) são ilustrados os valores do coeficiente, a sua significância e a sua importância relativa ao modelo.

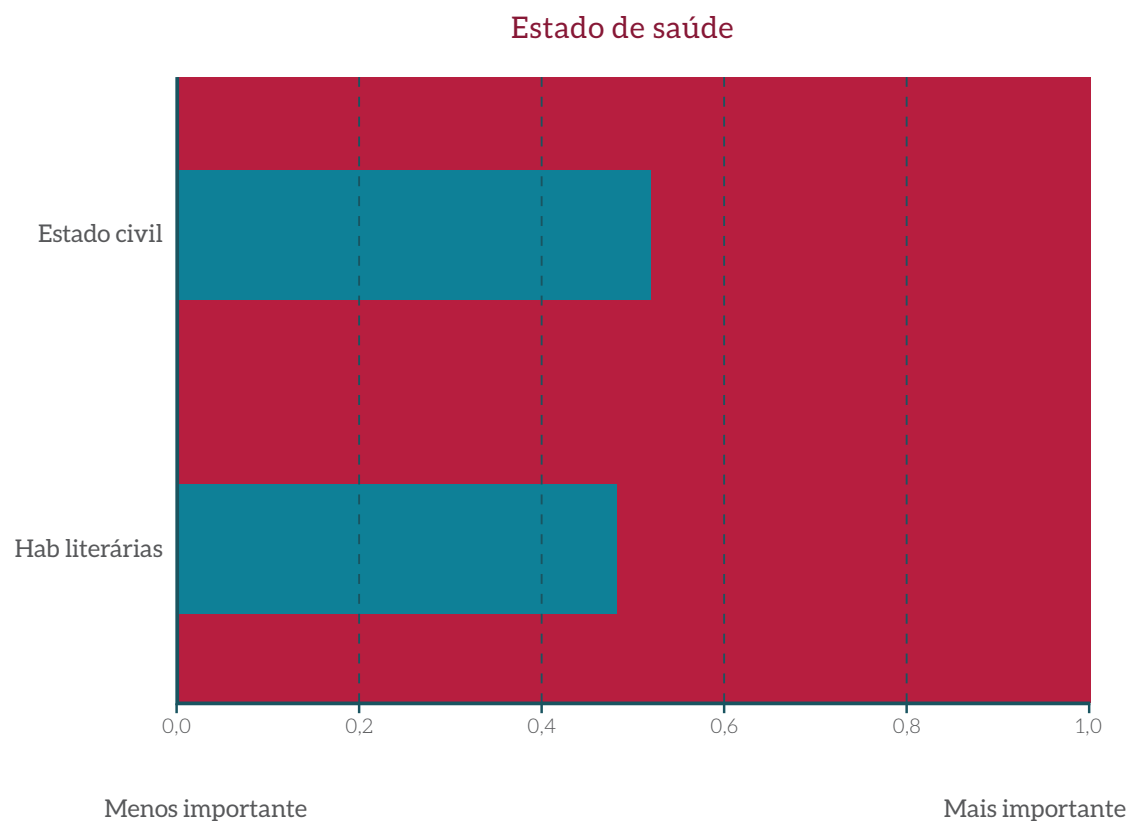


Figura 3 - Importância dos preditores.

Salientamos que as variáveis que podem de alguma forma ter influência no estado de saúde e por sua vez na qualidade de vida dos inquiridos são a presença de doenças crônicas, as habilitações literárias e o estado civil.

DISCUSSÃO

A determinação do estado de saúde de indivíduos tem-se concentrado em métodos objetivos, com base no desenvolvimento e implementação de medidas tais como marcadores bioquímicos, fisiológicos e anatômicos ou simplesmente empregar o uso de indicadores epidemiológicos (taxas) para caracterizar uma população. No entanto, há um vazio de instrumentos para medir a qualidade de vida e estado de saúde individual com base na definição de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde. Apesar do uso de medidas epidemiológicas de morbidade e mortalidade, só nos anos 80 do século XX é que as taxas de qualidade de vida atingem o seu maior desenvolvimento, onde diferentes ciências ponderam contribuir com as suas perspectivas e permitiram, assim, uma abordagem multidimensional⁽⁹⁾.

O conceito de qualidade de vida remonta a vários séculos, no entanto a sua utilização no campo da saúde é relativamente recente desde a década de 90 do século XX. O termo “qualidade de vida” é cada vez mais utilizado como indicador ou resultado de cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde utiliza-o como percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, para ter em conta o contexto sociocultural em que vive. Tal como o indicador de estado de saúde, que apesar de ser subjetivo, também é muito utilizado atualmente pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), para monitorizar a qualidade de vida da população e avaliar o impacto económico das políticas da saúde no bem-estar das sociedades.

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se à avaliação subjetiva da influência do estado de saúde atual, sobre a capacidade de um indivíduo para atingir e manter um nível global de funcionamento que permita realizar as atividades importantes que afetam o seu bem-estar geral. As dimensões básicas para a medição são o funcionamento social, físico e cognitivo; mobilidade e cuidados pessoais; e bem-estar emocional⁽⁹⁾.

A grande dificuldade na análise dos resultados é a baixa taxa de publicações nesta área do conhecimento, e dos poucos estudos que encontramos estes utilizam diferentes critérios para investigar o mesmo, entenda-se, qualidade de vida e saúde, logo não é possível fazer comparação com rigor, apenas referências curiosas sobre padrões de resultados.

A nossa amostra é maioritariamente constituída por indivíduos com comportamento/estilo de vida saudável, com elevada percentagem de vigilância de saúde (95,1%), exercício físico (63,4%), sem hábitos tabágicos (82,9%), e a maioria sem qualquer doença crónica (68,3%), tendo em geral uma boa auto-perceção do estado de saúde, o que aumenta, em sintonia com os comportamentos saudáveis, o que vai de encontro aos achados na Irlanda⁽¹⁴⁾, que identifica em nichos saudáveis como ex-fumadores, com estilos de vida saudáveis e sem excessos, relatos de níveis elevados de energia, vitalidade, níveis mais baixos de sofrimento psíquico, melhor auto-perceção de saúde e melhor qualidade de vida.

O nosso estudo não apresenta uma sensibilidade específica para o comportamento funcional, mas tendo em conta a prática regular de exercício físico, e a relação direta encontrada entre qualidade de vida e saúde, é previsível que também se verifique que indivíduos com uma melhor capacidade funcional tenha uma melhor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde, e em consonância com outro autor que estudou trabalhadores de uma instituição universitária⁽¹⁵⁾.

Os nossos resultados revelam ainda que indivíduos pré-obesos tem uma perceção do estado de saúde mais elevada, em contra partida, num outro estudo, identificou-se que pessoas com excesso de peso se viam quatro vezes mais afetadas na sua qualidade de vida que as que tem peso normal, e que era o peso o determinante que mais afetava os estudantes⁽⁹⁾. Não sendo possível fazer comparação por serem usados diferentes critérios de análise, pontua-se a diferença como uma variável com potencial de influenciar a qualidade de vida.

A prática regular de atividade física está associada à ausência, ou à diminuição de sintomas depressivos e/ou de ansiedade, em oposição, a inatividade e o sedentarismo está relacionado a fatores de risco para algumas condições médicas, nomeadamente as cardiovasculares⁽¹⁶⁾, o que poderá explicar de alguma forma os resultados da nossa investigação, onde existe uma percentagem significativa de elementos que praticam alguma atividade física (63,4%) e uma percentagem também significativa de indivíduos sem qualquer doença crónica (68,3%).

A nossa investigação expressa o domínio do género feminino como o que tem melhor auto-perceção do estado de saúde e eventualmente melhor qualidade de vida, situação oposta aos achados num outro estudo⁽⁹⁾ em que o índice de qualidade de vida era menos favorável para as mulheres.

Foram identificadas como variáveis que podem influenciar o estado de saúde e por conseguinte a qualidade de vida, a existência de doença crónica, as habilitações literárias e o estado civil.

Relativamente às habilitações literárias verificámos que sendo uma variável que poderá influenciar a perceção do estado de saúde, em estudos consultados, podemos observar que de acordo com a escolaridade assim a perceção é diferente. Num estudo⁽¹⁷⁾ foi observado um nível de saúde mais baixo, quanto maior o nível de escolaridade, pelo contrário outros autores⁽¹⁸⁾ verificaram que em indivíduos idosos com baixo nível de escolaridade, o estado de saúde foi percecionado como fraco. Foi ainda observado que os indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa do que os indivíduos com maior instrução. Por outro lado, o possuir um nível de escolaridade superior faz aumentar, com exceção das funções física e social, a perceção que têm do seu estado de saúde⁽¹⁹⁾.

Analogamente, o estado civil também poderá ter alguma influência na auto-perceção do estado de saúde da população estudada. No nosso estudo verificámos que a auto-perceção do estado de saúde era mais elevada nos inquiridos com o estado civil casado. Também num outro estudo⁽²⁰⁾, os achados corroboram estes resultados, na medida em que ao estudarem dimensões como bem-estar, sintomas físicos, vida diária e vida social concluíram que os indivíduos casados apresentavam melhor qualidade de vida.

Relativamente à variável doença crónica, verificámos que a sua ausência nos inquiridos, aumentava a sua auto-perceção do estado de saúde e por conseguinte da qualidade de vida. Analogamente num estudo consultado⁽²¹⁾ a doença crónica interferiu de forma negativa na qualidade de vida das pessoas por alterar, sobretudo, a sua capacidade física (67,6%), o trabalho/estudo/atividades/do lar (64,8%) e a autoestima (53,5%). Também outros autores⁽²²⁾ afirmam que os sintomas depressivos e o nível socioeconómico podem ser fatores interve-nientes relevantes entre a presença da doença crónica e a sua associação com a qualidade de vida.

Em síntese, os dados evidenciam a importância da avaliação da qualidade de vida em função da perceção do estado de saúde dos inquiridos, configurando-se como uma estratégia que poderá ser utilizada na definição de políticas de saúde. No entanto, dadas algumas fragilidades nos estudos consultados, tanto a nível dos instrumentos utilizados, como nos resultados apresentados, julgamos que é necessária a aferição destas situações, de forma a possibilitar a comparação de resultados nas várias populações.

CONCLUSÕES

Num mundo em constante evolução, em que os meios de comunicação social e as tecnologias de informação uniram países e continentes, transformando-os numa grande aldeia global, e em que a realidade da União Económica e Monetária e a participação de Portugal na zona Euro, pressupõem a continuação do cumprimento de critérios de convergência económicos e sociais, é cada vez mais notória a importância da medição da qualidade de vida relacionada com a saúde⁽²³⁾.

Medir o estado de saúde corresponde a uma descrição e quantificação da saúde do indivíduo, num determinado momento. A perceção subjetiva ou autoavaliação da saúde, descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde⁽²⁴⁾.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida, são importantes para orientar programas de promoção da qualidade de vida e comparar a qualidade de vida de indivíduos, da mesma cultura ou de culturas diferentes⁽²⁶⁾.

Da literatura, constatámos que são diversos os fatores que podem influenciar simultaneamente a perceção do estado de saúde do indivíduo, nomeadamente o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o IMC, a existência de doença crónica e a atividade física. De entre os principais fatores destacamos o estado civil, as habilitações literárias e as doenças crónicas, os quais se constituem no nosso estudo como variáveis preditoras que poderão influenciar o estado de saúde e a qualidade de vida dos funcionários docentes e não docentes da ESESJD.

Os resultados obtidos vêm realçar a importância da promoção da saúde, prevenção da doença, de forma a obter ganhos na qualidade de vida, ganhos em saúde, acrescentando não apenas mais anos à vida, mas, sobretudo mais vida aos anos. Isto porque os problemas de saúde estão na sua maioria relacionados com hábitos e estilos de vida nocivos para a saúde.

Estes benefícios incluem ganhos diretos relacionados com o menor uso dos serviços de saúde e menores gastos; e ganhos indiretos relacionados com a melhor preservação da qualidade de vida e das funções sociais dos utentes.

Assim, com este estudo concluímos que a perceção de qualidade de vida deve ser considerada um indicador de excelência ao nível da prestação de cuidados de saúde especialmente no que respeita à tomada de decisão. Só inquirindo os principais beneficiários deste contexto, é possível avaliar a qualidade dos cuidados, facto que vem reforçar a sua utilização de forma sistematizada na prática dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín MI, Peiró R, Valls-Llob C. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. 2000 [cited 2016 May 27] S.L. 14 (2): 146-155. Disponível em: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piiItem=S0213911100714488&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoItem=S300&idiomaItem=es>
2. Simon JG, De Boer JB, Joung IMA, Bosma H, Mackenbach JP. Perceived health: how is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*. [Internet]. 2005 [cited 2016 May 27] Oxford: Oxford University Press. 15(2): 200-208. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/15/2/200.full.pdf>
3. Pik B, Barabas K, Boda K. Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*. [Internet]. 1997 [cited 2016 May 27] Oxford: Oxford University Press. 7 (3): 243-247. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/7/3/243.full.pdf>
4. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2002 [cited 2016 May 27]; 7(4): 687-707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
5. Mendes, SP. Avaliação do Estado Subjetivo de Saúde: Utilização de Questões Singulares por Diferentes Modos de Administração Porto coletiva. [Internet]. 2009 [cited 2016 May 27] Dissertação. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21908/2/MESTRADO%20EM%20SADE%20PBLICA.pdf>
6. Nahas M, de Barros M, Francalacci V. O pentáculo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. [Internet]. 2000 [cited 2016 May 27]; 5 (2), 48-59. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1002/1156>
7. Siqueira MMM, Padovam, VAR. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2008 [cited 2016 May 27]; vol.24, n.2, pp.201-209. ISSN 1806-3446. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>

8. Campolina, AG, Ciconelli, RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2006 Feb [cited 2016 May 29]; 19(2): 128-136. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000200013>
9. Pacheco RMD, Michelena GMÁ, Mora GRS, Miranda GO. Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Rev Cub Med Mil*. [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Mayo 29]; 43(2): 157-168. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200004&lng=es
10. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2007 [cited 2016 May 29]; 34(Suppl 1): 105-115. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
11. Ferreira, PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*. [Internet]. 2000 [cited 2016 May 29]; 13: 55-66. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760/1337>
12. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS, 2ª edição*, Lisboa: Edições Sílabo, LDA; 2000.
13. Marôco J. *Análise estatística com o SPSS Statistics, 5ª edição*, Pero Pinheiro: Report Number – Analise e gestão de informação, Lda; 2011.
14. Conry MC, Morgan K, Curry P, McGee H, Harrington J, Ward M, Shelley E. The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*. [Internet]. 2011[cited 2016 May 29]. 11:692. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&sid=c076d0a0-8fd5-4f37-b71f-9d2744bf499d%40sessionmgr4004&hid=4114>
15. Vélez YLU, González VAD, Quintero LPT, Zúñiga RAA, Valderrama AMJ, Ramírez-Vélez R. Capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de una institución universitaria. *Revista Ciencias De La Salud*. [Internet]. 2010[cited 2016 May 29]. 8(2), 33-43. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&sid=c076d0a0-8fd5-4f37-b71f-9d2744bf499d%40sessionmgr4004&hid=4114>
16. Silva RS, Silva ID, Silva RDA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2010 Jan [cited 2016 May 30]; 15(1): 115-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100017>

17. Barros, PP. Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; volume temático [Internet]. 2003 Jan [cited 2015 Dez 08]; (3). Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2003.pdf>
18. Araújo J, Ramos E, Lopes C. Estilos de vida e perceção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Med Port.* [Internet]. 2011 [cited 2016 May 30]; 24(S2): 79-88. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1524/1109>
19. Ferreira PL, Santana P. Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista qualidade de vida.* [Internet]. 2003 Julho/Dezembro [cited 2016 May 30]; 21 (2). Disponível em: <http://www.sri.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200303.pdf>
20. Saraiva DMRF, Bandarra AJF, Agostinho ES, Pereira NMM, Lopes TS. Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crónica. *Revista De Enfermagem Referência.* [Internet]. 2013 [cited 2016 jan 15]; (10): 109-118. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1ccf9e79-c6bd-49de-a0fc-31c7d688ab2b%40sessionmgr120&hid=106>
21. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crónica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 1996 [cited 2016 jan 15]; 4(3): 5-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a02.pdf>
22. Rocha NS, Fleck MP. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista Brasileira De Psiquiatria.* [Internet]. 2010 [cited 2016 jan 15]; 32 (2): 119-124. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=1ccf9e79-c6bd-49de-a0fc-31c7d688ab2b%40sessionmgr120&hid=106>
23. Ferreira LN. Utilidades, QALYS e medição da qualidade de vida. Associação Portuguesa de Economia e Saúde. Universidade do Algarve; 2002.
24. Sampaio ACL. Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos. Dissertação de licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2007.
25. Leal CMS. Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores; 2008.

Correspondência: otiliaz@uevora.pt