

Morbidades referidas e qualidade de vida: estudo de base populacional

Reported morbidities and quality of life: population-based study

Morbilidades referidas y calidad de vida: estudio de base poblacional

Nicolly Machado Maciel¹, Marta Helena Souza De Conti², Sandra Fiorelli Almeida Penteadó Simeão³, José Eduardo Corrente⁴, Tania Ruiz⁴, Alberto de Vitta²

RESUMO | O objetivo deste trabalho foi verificar o nível de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em uma amostra de base populacional de adultos de 20 anos ou mais, residentes na cidade de Bauru, São Paulo, e sua associação com a quantidade de morbidades referidas. Foi realizado um inquérito populacional, por meio de uma amostragem complexa em dois estágios, totalizando 600 participantes da zona urbana de Bauru. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: 1. caracterização dos participantes (aspectos demográficos, socioeconômicos, nível de atividade física e hábito de fumar); 2. morbidade (referida por meio da pergunta: "No último ano, o (a) sr. (a) recebeu diagnóstico médico de alguma doença?"); 3. qualidade de vida (utilizando o questionário *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey - SF-36*). Foram realizadas análises descritiva e bivariada, por meio do teste t de Student e ANOVA. Observou-se que 70,5% apresentaram pelo menos uma doença, e as principais referidas foram a hipertensão, as artroses, a depressão e o diabetes. Quanto à associação entre os números de doenças, as pessoas mais idosas e as que referiram três ou mais doenças apresentaram piores escores de QVRS em todos os domínios físicos e nas limitações por aspectos sociais e emocionais. O maior número de morbidades associou-se aos menores escores de qualidade de vida relacionada à saúde.

Descritores | Morbidade; Qualidade de Vida; Questionários.

ABSTRACT | The purpose was to verify the level of health-related quality of life in a population-based sample of

adults aged 20 years or more living in the city of Bauru, São Paulo, Brazil, and its association with the amount of reported morbidities. A population survey was conducted through a complex sampling in two stages, totaling 600 participants in the urban area of Bauru, São Paulo. To collect data, the following instruments were used: 1. Characterization of participants (demographic and socio-economic aspects, physical activity level and smoking habit); 2. reported morbidity through the following question: "Last year, did you receive a diagnosis of any illness from a doctor?"; 3. Quality of Life, using the *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36)* questionnaire. Descriptive and bivariate analyses were carried out using the Student's t-test and ANOVA. It was noted that 70.5% had at least one disease, and the most common morbidities reported were hypertension, osteoarthritis, depression, and diabetes. The association between the number of diseases, those who reported three or more diseases, and older age had worse HRQOL scores in all physical domains and limitations by social and emotional aspects. A greater number of comorbidities was associated with the lower scores of health-related quality of life.

Keywords | Morbidity; Quality of Life; Questionnaires.

RESUMEN | El objetivo de este estudio fue verificar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud (QVRS) en una muestra de base poblacional de adultos de 20 años o más, residentes de la ciudad de Bauru, São Paulo, y su

Estudo desenvolvido pela Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru (SP), Brasil e Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), Brasil.

¹Mestranda em Fisioterapia, Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil

²Mestrado em Fisioterapia, Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil.

³Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil.

⁴Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Alberto De Vitta – Rua Ir. Arminda, 10-50, Jd. Brasil – Bauru (SP), Brasil – CEP: 17011-160 – Telefone: (14) 2107-7112 – E-mail: albvitta@yahoo.com.br – Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2011/20123-4); Cadastro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (478188/2011-0) – Conflito de interesses: Nada a declarar – Apresentação: abr. 2015 – Aceito para publicação: fev. 2016 – Aprovação do Comitê de Ética: Protocolo nº 251/97.

asociación con la cantidad de morbilidades referidas. Se realizó una encuesta poblacional mediante una muestra compleja en dos estadios, con un total de 600 participantes de la zona urbana de Bauru. Para la recolección de datos se utilizó los siguientes instrumentos: 1. caracterización de los participantes (aspectos demográficos, socioeconómicos, nivel de actividad física y hábito de fumar); 2. morbilidades (referida mediante la pregunta: "En el último año, usted ha recibido el diagnóstico médico de alguna enfermedad?"); 3. calidad de vida (utilizando el cuestionario Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey - SF-36). Se realizó análisis descriptivos

y bivariados, mediante la prueba T de Student y Anova. Se observó que 70,5% presentaron por lo menos una enfermedad, y las principales referidas fueron la hipertensión, la artrosis, la depresión y la diabetes. En relación a la asociación entre los números de enfermedades, las personas mayores y las que refirieron tres o más enfermedades presentaron peores scores de QVRS en todos los dominios físicos y en las limitaciones por aspectos sociales y emocionales. El mayor número de morbilidades se asoció a los menores scores de calidad de vida relacionada a la salud.

Palabras clave | Morbilidad; Calidad de Vida; Cuestionarios.

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é uma terminologia frequente na literatura e tem sido usada com objetivos semelhantes à conceituação mais geral de qualidade de vida (QV), que é caracterizada pela percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e os impactos que os aspectos sociais, psicológicos, físicos e ambientais exercem sobre ela. Essa percepção infere não somente a relação dos fatores relacionados à saúde, mas também os aspectos mais gerais como renda, liberdade e qualidade do meio ambiente^{1,2}.

Alguns estudos mostram que determinados fatores podem contribuir para diminuir os escores dos domínios da QVRS, dentre eles a maior faixa etária, a diminuição da capacidade funcional, o baixo nível de escolaridade, o sedentarismo e a maior quantidade de morbilidades³⁻⁷.

Evidencia-se também que indivíduos com maior número de doenças apresentam pior QVRS em todos os domínios físicos e mentais, como verificado em Uberaba⁸, na Tailândia⁹, no sul da Itália¹⁰ e na Grécia¹¹. No Líbano¹², os escores reduzidos relacionam-se às facetas mentais (vitalidade, saúde mental e limitações por aspectos sociais) e físicas (capacidade funcional e limitações por aspectos físicos).

Considerando que o objeto de estudo da fisioterapia é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, a relevância da obtenção de dados relativos à quantidade de morbilidades e à qualidade de vida, para a área, é devida ao fato de essas informações poderem ser usadas para monitorar o seu processo de tratamento, comparar diferentes estágios de uma doença e facilitar a tomada de decisão clínica e o cuidado em saúde. Além disso, esse tipo de estudo contribui para a

inserção da fisioterapia nas ações básicas, direcionadas ao enfrentamento das incapacidades funcionais, o que é condizente com o modelo de atuação do fisioterapeuta voltado para a função do indivíduo. Lembrando ainda que a funcionalidade humana sofre influência direta tanto da presença de morbilidades, em especial dos agravos e das crônico-degenerativas, como da presença de fatores contextuais negativos, ou seja, barreiras ambientais dos diferentes gêneros, tais como físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras^{13,14,15}.

Considerando esses pontos, o objetivo deste trabalho foi verificar o nível de QVRS em uma amostra de base populacional de adultos de 20 anos ou mais, residentes na cidade de Bauru, São Paulo, e sua associação com a quantidade de morbilidades referidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é de corte transversal, com base em inquérito populacional realizado no ano de 2012 e aprovado pelo Comitê de Ética (nº 251/97).

Para este estudo, definiram-se grupos de idade e sexo, denominados domínios amostrais, para os quais foram garantidos números mínimos na amostra que permitiriam análises posteriores. Os domínios amostrais para ambos os sexos foram: 20 a 35 anos, 36 a 59 anos e 60 anos ou mais.

O cálculo teve como base a proporção estimada nos subgrupos populacionais de 50% ($p=0,50$), por ser a variabilidade máxima que leva à obtenção de tamanhos de amostras conservadoras; o coeficiente de confiança de 95% ($z=1,96$) na determinação dos intervalos de confiança das estimativas; o erro de amostragem de 10%, indicando que a amplitude entre a estimativa da

amostra e o parâmetro populacional não deveria exceder esse valor ($d=0,1$); e o efeito do desenho (d_{eff}) igual a 2.

Com isso, o tamanho amostral para grupo foi de, no mínimo, 200 indivíduos (100 do sexo masculino e 100 do feminino), totalizando 600 participantes. O sorteio da amostra calculada foi por conglomerado em dois estágios. Os setores censitários foram as unidades primárias de amostragem (UPAs), e os domicílios as secundárias. Foram sistematicamente sorteadas as UPAs com probabilidade proporcional ao seu tamanho, e os domicílios com probabilidade proporcional ao tamanho das UPAs foram indicados para pesquisas populacionais¹⁶.

As entrevistas foram realizadas por participantes do grupo de pesquisa após o treinamento teórico-prático, face a face em formato formalizado, com todos os moradores com idade igual ou superior a 20 anos, residentes nos domicílios sorteados. Foram excluídas tanto as pessoas inaptas a responder o questionário como pessoas com deficiência intelectual ou que tiveram acidente vascular cerebral. Os idosos foram submetidos ao “Minixame do Estado Mental” no início do questionário, para avaliar seu estado cognitivo e verificar, assim, a confiabilidade de suas respostas; quando o escore não foi atingido, este foi excluído¹⁷.

As informações foram coletadas por meio de um questionário pré-codificado com questões fechadas, codificadas após as entrevistas e revisadas pelo pesquisador responsável, e foi feito o controle de qualidade que consistiu na aplicação de questionários com número reduzido de questões a 10% dos entrevistados.

O formulário foi constituído de itens referentes aos aspectos demográficos de sexo, idade, estado civil e cor da pele, e aos socioeconômicos de escolaridade e renda.

Foi considerado fumante aquele que relatou fumar diariamente (pelo menos 1 cigarro por dia) ou ocasionalmente (menos de 1 cigarro por dia) e ex-fumante aquele que havia parado de fumar há pelo menos 6 meses¹⁸. Para a análise do nível de atividade física, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em versão curta¹⁹.

A morbidade referida foi coletada por meio de entrevista, na qual o sujeito respondeu à questão: “Entre as alternativas hipertensão, osteoporose, diabetes, osteoartrose, doenças da pele, doença gastrointestinal, respiratória, do pâncreas ou fígado, do sistema genital ou urinário, cite aquelas que correspondem a diagnósticos que tenha recebido de algum médico nos últimos 12 meses.”

Na avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário Medical Outcomes Study 36 – Item

Short-Form Health Survey (SF-36), incluindo escalas que mensuram oito domínios: capacidade funcional (CF), limitações por aspectos físicos (LAF), dor, estado geral de saúde (EGS), vitalidade (VIT), limitações por aspectos sociais (LAS), limitações por aspectos emocionais (LAE) e saúde mental (SM). Cada uma dessas dimensões, analisada individualmente, recebeu um escore de 0 a 100, sendo que 0 indicou o pior nível de QVRS possível e 100 a melhor condição. O instrumento foi escolhido por ser validado na cultura brasileira, de simples interpretação, com questões diretas, não sendo específico para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento²⁰.

Os dados brutos das respostas aos itens referentes ao SF-36 foram digitados em planilha eletrônica, e os cálculos dos escores dos oito domínios foram realizados de acordo com os parâmetros estabelecidos na publicação que norteou a tradução para a língua portuguesa e a validação do questionário, comportando as fases de ponderação de dados e cálculo do *Raw Scale*, onde o valor das questões é transformado em notas de oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), sendo 0 o pior estado e 100 o melhor, para cada domínio. Chama-se *Raw Scale* porque o valor final não apresenta qualquer unidade de medida. A fórmula para o cálculo de cada domínio foi:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões relativas} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (score range)}} * 100$$

sendo os valores de limite inferior e variação (*score range*) fixos e estipulados pelos autores.

A normalidade dos escores do SF-36 foi examinada e todos foram satisfatórios (houve distorção dos valores menor que 1). A análise foi realizada mediante uma abordagem descritiva e outra analítica. Na abordagem descritiva, foram feitas as distribuições de frequências absoluta e relativa para variáveis categóricas, e na abordagem analítica realizou-se análise bivariada, por meio do teste t de Student e ANOVA, ao nível de 5% de significância²¹. O teste t de Student foi utilizado para comparar cada domínio em relação ao número de doenças relatadas (a partir de 2) por sexo e faixa etária, ou seja, comparações na linha. Empregou-se a ANOVA para indicar as comparações, para cada domínio, entre o número de doenças relatadas por sexo e faixa etária, ou seja, comparações na coluna.

RESULTADOS

Nos domicílios sorteados foram encontrados 641 sujeitos elegíveis, sendo efetivamente entrevistados

600 indivíduos. Os principais motivos de perda (n=41) foram: “*não tinha ninguém em casa*” e “*marcou com o entrevistador e não compareceu*”, e os de recusa foram: “*não responde entrevista*” e “*muito longa e sem tempo para responder*”.

Do total de 600 indivíduos, foram distribuídos 200 – desses, 100 homens e 100 mulheres – por faixa etária de 20 a 35 anos, de 36 a 59 anos e de 60 anos ou mais.

Na Tabela 1, pode-se visualizar as características sociodemográficas, o nível de atividade física e o tabagismo da amostra de indivíduos com idade superior a 20 anos residentes na cidade de Bauru.

Tabela 1. Distribuição de frequências das características sociodemográficas, nível de atividade física e tabagismo da amostra de indivíduos com idade superior a 20 anos residentes na cidade de Bauru, segundo o sexo

Fatores	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Anos de Escolaridade				
0 a 4 anos	52	17,3 (13,4-22,0)	70	23,3 (18,9-28,4)
5 a 8 anos	65	21,7 (17,3-26,6)	64	21,3 (17,0-26,3)
9 a 11 anos	126	42,0 (36,5-47,6)	118	39,3 (33,9-44,9)
12 anos ou superior	57	19,0 (14,9-23,8)	48	16,0 (12,2-20,5)
Etnia				
Caucasiana	237	79,0 (74,0-83,2)	243	81,0 (76,1-85,0)
Negra	17	5,7 (3,5-8,8)	21	7,0 (4,6-10,4)
Parda	46	15,3 (11,7-19,8)	36	12,0 (8,8-16,1)
Estado Civil				
Casado	180	60,0 (54,3-65,3)	165	55,0 (49,3-60,5)
Solteiro	85	28,3 (23,5-33,6)	65	21,7 (17,3-26,6)
Viúvo/separado	35	11,7 (8,5-15,7)	70	23,3 (18,9-28,4)
Renda				
Baixa	189	63,0 (57,4-68,2)	200	66,7 (61,1-71,7)
Média	72	24,0 (19,5-29,1)	68	22,7 (18,2-27,7)
Alta	39	13,0 (9,6-17,2)	32	10,7 (7,6-14,6)
Tabagismo				
Não fumante	160	53,3 (47,6-58,9)	203	67,7 (62,1-72,7)
Ex-fumante	74	24,7 (20,1-29,8)	54	18,0 (14,0-22,7)
Fumante	66	22,0 (17,6-27,0)	43	14,3 (10,8-18,7)
Nível de Atividade Física				
Ativo	99	33,0 (27,9-38,5)	111	37,0 (31,7-42,6)
Sedentário	201	67,0 (61,4-72,0)	189	63,0 (57,4-68,2)

* 100 homens de 20 a 35 anos; 100 homens de 36 a 59 anos e 100 homens de 60 anos ou mais
 ** 100 mulheres de 20 a 35 anos; 100 mulheres de 36 a 59 anos e 100 mulheres de 60 anos ou mais

As principais doenças foram a hipertensão (33,0%), as artroses (26,0%), a depressão (13,3%) e a diabetes (11,6%), e observou-se que 29,5% não relataram doença, 23,0% relataram apenas uma, 17,8% relataram duas e 29,7% relataram três ou mais.

Em relação aos domínios da QVRS (Tabela 2), verificou-se que as mulheres possuem escores médios inferiores aos dos homens.

Nota-se que os indivíduos com três ou mais doenças e os mais idosos apresentaram piores escores de QVRS em todos os domínios, independentemente do sexo, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 2. Médias e desvios-padrão dos domínios do SF-36, em relação ao sexo, da população de Bauru, São Paulo, 2012

Domínios		Masculino Média±DP	Feminino Média±DP
Domínios físicos	Capacidade funcional	86,3±22,6	77,4±27,5
	Limitações por aspectos físicos	84,5±32,7	78,6±37,9
	Dor	79,2±25,3	71,0±27,0
Domínios mentais	Estado geral de saúde	71,7±15,5	71,2±18,0
	Vitalidade	66,7±10,4	63,1±13,9
	Limitações por aspectos sociais	93,0±17,7	89,1±21,5
	Limitações por aspectos emocionais	91,8±24,4	81,1±36,6
Saúde mental		83,4±15,2	72,5±21,3

Tabela 3. Médias e desvios-padrão das associações entre os escores dos domínios físicos do SF-36 e o número de doenças relacionadas da população de Bauru em relação ao sexo e faixa etária

Domínios	Sexo	Faixa etária em anos	Número de doenças relacionadas	
			Até duas	Três ou mais
Capacidade funcional	Masc.	60 ou +	81,2±22,3 ^{At**}	67,7±28,1 ^{Ba}
		36 à 59	88,2±23,5 ^{Aa}	71,4±22,0 ^{Ba}
		20 à 35	99,0±4,5 ^{Ab}	96,4±3,8 ^{Ab}
	Fem.	60 ou +	75,8±27,8 ^{Aa}	52,9±29,5 ^{Ba}
		36 à 59	84,4±23,1 ^{Aa}	68,9±26,8 ^{Ba}
		20 à 35	91,1±17,4 ^{Ab}	89,6±15,0 ^{Ab}
Limitações por aspectos físicos	Masc.	60 ou +	90,4±26,9 ^{Aa}	53,8±43,2 ^{Bb}
		36 à 59	85,6±32,6 ^{Aab}	65,2±41,2 ^{Ba}
		20 à 35	98,3±10,9 ^{Ab}	85,7±28,3 ^{Aa}
	Fem.	60 ou +	79,06±37,37 ^{Aa}	54,82±54,8 ^{Bb}
		36 à 59	90,07±28,58 ^{Aab}	57,43±43,24 ^{Ba}
		20 à 35	95,34±18,59 ^{Ab}	76,78±38,56 ^{Aa}
Estado geral de saúde	Masc.	60 ou +	70,09±12,74 ^{Aa}	64,22±21,45 ^{Bb}
		36 à 59	72,80±13,24 ^{Aa}	66,11±21,52 ^{Aa}
		20 à 35	73,65±12,44 ^{Aa}	68,57±24,78 ^{Aa}
	Fem.	60 ou +	73,95±15,37 ^{Aa}	60,96±22,04 ^{Ba}
		36 à 59	76,03±15,32 ^{Aa}	71,48±19,10 ^{Ab}
		20 à 35	72,84±15,61 ^{Aa}	71,78±16,47 ^{Ab}
Dor	Masc.	60 ou +	78,25±23,78 ^{Aa}	60,33±32,02 ^{Ba}
		36 à 59	82,29±22,62 ^{Aa}	53,16±27,01 ^{Ba}
		20 à 35	91,93±13,00 ^{Ab}	73,28±22,08 ^{Ba}
	Fem.	60 ou +	79,95±23,91 ^{Aa}	56,87±24,79 ^{Bb}
		36 à 59	79,6±25,34 ^{Aa}	59,29±30,37 ^{Ba}
		20 à 35	75,80±23,87 ^{Aa}	65,14±30,95 ^{Aa}

* As letras maiúsculas são as comparações na linha entre as condições de cada variável, por sexo e faixa etária (teste t de Student)

** As letras minúsculas são as comparações na coluna entre as condições de cada variável, por sexo e faixa etária (ANOVA). Para interpretação dos resultados considerou-se que duas médias com uma mesma letra da mesma espécie não diferem (p>0,05) quanto aos níveis do fator em consideração

Pela Tabela 4 também se observa que os indivíduos com três ou mais doenças e os mais idosos, de ambos os sexos, apresentaram baixos escores de QVRS nos domínios LAS e LAE.

Tabela 4. Médias e desvios-padrão das associações entre os escores dos domínios mentais do SF-36, e o número de doenças relatadas da população de Bauru em relação ao sexo e faixa etária

Domínios	Sexo	Faixa etária em anos	Número de doenças relatadas	
			Até duas	Três ou mais
Vitalidade	Masc.	60 ou +	69,54±8,06 ^{Aa**}	65,22±12,79 ^{Ba}
		36 à 59	66,15±11,50 ^{Aa}	59,44±12,93 ^{Aa}
		20 à 35	67,74±8,02 ^{Aa}	66,42±11,44 ^{Aa}
	Fem.	60 ou +	67,55±12,55 ^{Aa}	63,24±12,83 ^{Aa}
		36 à 59	62,46±15,36 ^{Aa}	60,27±15,89 ^{Aab}
		20 à 35	64,18±12,64 ^{Aa}	52,50±12,04 ^{Ab}
Limitação por aspectos sociais	Masc.	60 ou +	95,22±13,92 ^{Aa}	85,27±27,60 ^{Ba}
		36 à 59	94,05±17,48 ^{Aa}	81,25±22,38 ^{Ba}
		20 à 35	97,04±9,10 ^{Aa}	91,07±18,70 ^{Ab}
	Fem.	60 ou +	89,82±18,94 ^{Aa}	81,35±29,32 ^{Ba}
		36 à 59	94,24±14,69 ^{Aa}	82,09±26,11 ^{Ba}
		20 à 35	92,15±17,99 ^{Aa}	95,53±13,52 ^{Ab}
Limitação por aspectos emocionais	Masc.	60 ou +	95,15±18,61 ^{Aa}	79,26±35,02 ^{Ba}
		36 à 59	92,68±26,20 ^{Aa}	83,33±32,83 ^{Aa}
		20 à 35	96,41±15,12 ^{Aa}	100,00±0,00 ^{Ab}
	Fem.	60 ou +	86,82±32,64 ^{Aa}	78,42±43,38 ^{Bb}
		36 à 59	89,41±30,42 ^{Aa}	76,57±37,57 ^{Ba}
		20 à 35	83,72±34,95 ^{Aa}	73,81±41,71 ^{Ba}
Saúde mental	Masc.	60 ou +	84,29±13,63 ^{Aa}	78,31±20,20 ^{Ab}
		36 à 59	86,43±13,10 ^{Aa}	73,77±12,73 ^{Aa}
		20 à 35	85,07±12,63 ^{Aa}	76,00±31,83 ^{Aa}
	Fem.	60 ou +	75,81±24,68 ^{Aa}	67,92±22,34 ^{Aa}
		36 à 59	77,52±17,61 ^{Aa}	70,48±22,98 ^{Aa}
		20 à 35	74,04±18,29 ^{Aa}	74,28±24,54 ^{Aa}

* As letras maiúsculas são as comparações na linha entre as condições de cada variável, por sexo e faixa etária (teste t de Student)

** As letras minúsculas são as comparações na coluna entre as condições de cada variável, por sexo e faixa etária (ANOVA). Para interpretação dos resultados considerou-se que duas médias com uma mesma letra da mesma espécie não diferem ($p > 0,05$) quanto aos níveis do fator em consideração

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostraram que, em geral, os escores médios dos oito domínios foram similares ao estudo do sul do Brasil e ao da pesquisa “Dimensões Sociais das Desigualdades” em domicílios brasileiros, sendo superiores apenas para os domínios LAS e LAE^{2,22}.

Existe um padrão de similaridade para quase todos os domínios em comparação aos resultados de

outros países, exceto na dimensão ESG para o Irã²³ e a Tailândia⁹, que apresentam escores menores; no domínio VIT, que esteve acima dos escores médios dos indivíduos americanos²⁴, ingleses²⁵, canadenses²⁶, holandeses²⁷ e tailandeses⁹; nas escalas SM e LAE, cujos escores foram maiores do que o dos chineses²⁸. Em relação à Grécia¹¹ e ao Líbano¹², o padrão de escores de todos os domínios foi inferior ao de Bauru.

Quanto às diferenças observadas entre os países referidos e a atual pesquisa, acredita-se na inferência de aspectos culturais como influenciadores da avaliação da QV, positiva ou negativamente; exemplos são as características sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade) e a percepção de saúde das pessoas e da qualidade dos sistemas de saúde²⁴.

Analisando a QVRS de acordo com o sexo, as mulheres apresentaram escores médios inferiores aos dos homens em todos os domínios. No Brasil²⁹, na China³⁰, na Tanzânia³ e na Itália³¹, foram notados dados semelhantes.

Alguns elementos explicam essas diferenças quanto à percepção da QVRS pelas mulheres. O primeiro deles é o papel tradicional da mulher como encarregada, na maioria das vezes, da saúde dos filhos e até mesmo da do marido e de outros familiares, muitas vezes em detrimento da sua própria. A percepção mais sensível de eventos graves também acrescenta a esse fenômeno^{5,31}.

Os resultados indicaram que 70,5% dos indivíduos apresentam pelo menos uma morbidade. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem problema de saúde de magnitude relevante e respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. Na população de 18 anos de idade ou mais, a hipertensão (21,4%), os problemas crônicos na coluna (18,5%), a depressão (7,6%), a diabetes (6,2%), a asma ou bronquite asmática (4,4%), as doenças do coração (4,2%) e o acidente vascular encefálico (1,5%) foram as de maior prevalência³². Em um estudo realizado em Minas Gerais, 98,3% dos idosos que apresentavam morbidades possuíam problemas de visão (78,1%), coluna (63,3%), hipertensão arterial (60,9%) e varizes (53,1%)⁶. Na Itália, outro estudo mostrou que 38,8% dos entrevistados não apresentaram qualquer doença crônica, 32,6% tinham uma, 18,4% tinham duas e 10,2% tinham três ou mais¹⁰. Já nos Estados Unidos, observou-se que 19% dos indivíduos relataram não ter nenhuma das 24 condições crônicas de saúde perguntadas, enquanto 20% relataram uma condição e 61% relataram ter duas ou mais²⁰.

O maior número de morbidades esteve associado ao menor escore de QV nos domínios físicos e nas facetas LAS e LAE. Em Uberaba-MG⁶, na Tailândia⁹, no sul da Itália¹¹ e na Grécia¹² observaram-se médias significativamente menores para os domínios físicos e mentais. No Líbano, o número de morbidades teve influência significativa na diminuição da QVRS nas facetas VIT, SM, AS, CF e LAF¹².

A associação entre maior número de morbidades e baixos escores nos domínios físicos de QVRS pode estar relacionada a dor, desconforto, dependência do uso de medicamentos e necessidade de realizar o tratamento da doença nos serviços de saúde³³⁻³⁵. Esses domínios têm sido mais sensíveis ao impacto da doença crônica em outros estudos utilizando o SF-36, e merecem atenção especial na avaliação dos indivíduos, principalmente com o avanço da idade³⁶.

A relação entre maior quantidade de doenças e baixos escores na faceta LAS reside no fato de que as comorbidades contribuem para as limitações em seu cotidiano, influenciando negativamente a capacidade para o trabalho, as atividades cotidianas e a sua socialização, implicando em mudança de padrões internos e valores. Assim, deve-se buscar incluir os sujeitos nas atividades familiares e na comunidade, de acordo com seus interesses e possibilidades. A associação entre os aspectos psicológicos do bem-estar de uma pessoa (LAE) e o maior número de morbidades pode estar relacionada ao advento de sentimentos negativos em relação a sua imagem corporal e autoestima. Para que o indivíduo se sinta amparado e enfrente as adversidades relacionadas à sua doença, é necessário que ele tenha suporte para que possa valorizar suas habilidades e sentimentos com o intuito de reverter esse quadro^{5,6,9,12}.

Aponta-se como limitação deste estudo o fato de que o autorrelato de condições de saúde dos sujeitos não reflete exatamente o “diagnóstico médico”. Doenças que têm sintomas semelhantes podem ser confundidas entre si pelos indivíduos, e algumas pessoas podem também ser incapazes de se lembrar de todas as suas doenças. Entretanto, esse método de coleta de dados não se constitui em um problema, porque autorrelato é a única maneira de coletar informações subjetivas sobre vários domínios da percepção do estado de saúde¹². Outra limitação se refere à ordem da cadeia causal, pois, por ser um estudo transversal, não é possível identificar se a QV é diminuída em quem tem doenças crônicas ou se as doenças crônicas aparecem em pessoas que já apresentavam baixa QV.

Considerando-se que houve uma validade interna, por meio de uma metodologia adequada para se calcular o tamanho da amostra, levando em consideração a variação dos escores obtidos no estudo piloto, além da realização do sorteio dos domicílios com probabilidade proporcional ao tamanho da UPAs, método indicado para pesquisas populacionais³³, a utilização de métodos estruturados para a coleta e a interpretação de dados contribuiu para a validade interna de nossas conclusões. A possibilidade de reproduzir o presente estudo e de fazer uso de análise estatística trouxe a ele maior confiabilidade, o que permite fazer inferências. As características sociodemográficas dos participantes foram consistentes com aqueles relatados na literatura, garantindo a validade externa do estudo. No entanto, novos estudos são sugeridos com diferentes grupos populacionais.

CONCLUSÃO

Na população de Bauru, observou-se que 70,5% apresentaram pelo menos uma doença. Quanto à associação entre os números de doenças, as pessoas idosas e as que referiram três ou mais doenças apresentaram piores escores de QVRS em todos os domínios físicos e nas LAS e LAE. O conhecimento dos fatores que interferem na QV das pessoas possibilita planejar e desenvolver ações eficientes para atuar diretamente nesses fatores, otimizando a prática de políticas públicas em prol da promoção da saúde, a fim de satisfazer as necessidades da população.

AGRADECIMENTOS

Especial agradecimento aos participantes e à Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa do Estado de São Paulo e ao Conselho Nacional de Pesquisa pelo financiamento do projeto.

REFERÊNCIAS

1. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Publica* 2004;20(2):580-8.
2. Cruz LN, Fleck MPA, Oliveira MR, Camey SA, Hoffmann JF, Bagattini AM, et al. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cienc Saúde Colet*. 2013;18(7):1911-21.
3. Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. Validation of the Kiswahili version of the

- SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res.* 1999;8:111-20.
4. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton C, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:50.
 5. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib D. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):705-11.
 6. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida em idosos. *Texto Contexto-Enferm.* 2010;21(1):112-20.
 7. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Cienc Saúde Colet.* 2011;16(6):2919-25.
 8. Tavares DMS, Dias FA, Santos MNF, Haas VJ, Miranzi SCS. Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. *Rev Esc Enferm.* 2013;47(3):678-85.
 9. Vathesatogkit P, Sritara P, Kimman M, Hengprasith B, E-Shyong T, Wee H, et al. Associations of lifestyle factors, disease history and awareness with health-related quality of life in a Thai population. *PLOS ONE.* 2012;7(11):1-9.
 10. Manuti B, Rizza P, Pileggi C, Bianco A, Pavia M. Assessment of perceived health status among primary care patients in Southern Italy: findings from a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:93.
 11. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:55.
 12. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1(30):1-14.
 13. Azevedo ALS, da Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(9):1774-82.
 14. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/#\[page\]show-Dynamic.php?page=6§ion=6&pagina=fisio_defin.](http://www.coffito.org.br/#[page]show-Dynamic.php?page=6§ion=6&pagina=fisio_defin.)>. Acesso em: outubro 2015.
 15. Baú LM, Klein AA. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: Uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(2):v-vi.
 16. Alves MCGP. Técnicas de replicação em análise de dados de inquéritos domiciliares. Dissertação (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 2002.
 17. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estatístico. Geneva: OPAS.1999,p.1-18.
 18. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1998.
 19. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1381-95.
 20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF 36. *Rev Bras Reum.* 1999;39(3):143-50.
 21. Norman GR, Streiwner DL. *Biostatistics: The base essentials*, Mosby-year book. St. Louis. 1994,260.
 22. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, Anjos LA Dos, Vasconcellos MM. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaires, version 2. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4): 889-97.
 23. Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare S. Determinants of Health Related Quality of Life on People Living in Bandar Abbas, Iran. *Iranian J Publ Health.* 2011;40(2): 128-35.
 24. Ware JE, Jr. and Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51: 903-12.
 25. Bowling A, Bond M, Jenkinson C, Lamping DE. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *J Public Health Med.* 1999;21(3): 255-70.
 26. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. The Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ* 2000;163(3): 265-71.
 27. Van Oostrom SH, Smit HA, Wendel-los GCW. Adopting an Active Lifestyle During Adulthood and Health-Related Quality of Life: The Doetinchem Cohort Study. *Am J Public Health e-View.* Ahead of Print. doi:10.2105/AJPH.2012.301008
 28. Xu J, Qiu J, Chen J, Zou L, Feng L, Lu Y, Wei K, Zhang J. Lifestyle and realth-related quality of life: A cross-sectional study among civil servants in China. *BMC Public Health.* 2012;12: 330.
 29. Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de Vida medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2006;2(19): 128-36.
 30. Li L, Wang HM, Shen Y. Chinese SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation, validation and normalization. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57: 259-65.
 31. Carta MG, Aguglia E, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F, et al. Quality of life and urban / rural living: preliminary results of a community survey in Italy. *Clin Pract Epidemiol Mental Health.* 2012,(8): 169-74.
 32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
 33. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9): 1774-82.
 34. Tavares DMS, Dias FA, Santos MNF, Haas VJ, Miranzi SCS. Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. *Rev Esc Enferm.* 2013;47(3): 678-85.
 35. Wang HM, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. *BMC Public Health* 2008, 8: 246.
 36. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center; 1993.