



**Universidade Nova de Lisboa**

**Caracterização do estado de saúde dos indivíduos a quem foi atribuído algum grau de incapacidade em junta médica, na USP do ACES X durante o período de Outubro a Dezembro de 2011.**

Autor: Lurdes da Purificação Esteves Neto

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

ABRIL 2012

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**Caracterização do estado de saúde dos indivíduos a quem foi atribuído  
algum grau de incapacidade em junta médica, na USP do ACES X  
durante o período de Outubro a Dezembro de 2011.**

AUTOR: Lurdes da Purificação Esteves Neto

ORIENTADOR: Prof. Doutora Inês Fronteira

CO-ORIENTADOR: Prof. Doutora M<sup>a</sup> Rosário Martins

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de  
Mestre em Saúde e Desenvolvimento

ABRIL 2012

*“Embora tenha tido a pouca sorte de ter uma doença neuro-motora, tenho sido uma pessoa com sorte em quase todos os aspectos. A ajuda e o apoio da minha mulher, Jane e dos meus filhos, (...), permitiram-me que tivesse uma vida normal e uma carreira de sucesso. Aqui tive novamente sorte em ter escolhido física teórica, porque é tudo da mente. Por isso a MINHA INCAPACIDADE NÃO TEM SIDO UMA DESVANTAGEM GRAVE: Os meus colegas cientistas, sem excepção, tem sido muito apoiantes”*

Stephen Hawking (“A brief history of time”, 1988)

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Inês Fronteira pela sua disponibilidade, interesse e por tudo o que me ensinou principalmente nestes últimos meses; à minha co-orientadora Professora Doutora Maria do Rosário Martins pela sua preciosa e essencial colaboração no estudo dos dados estatísticos que permitiram elaborar este estudo.

Agradeço à Direcção do ACES X Cacém-Queluz por ter autorizado que este estudo se realizasse na Unidade de Saúde Pública. Aos médicos que trabalham diariamente comigo na Unidade de Saúde Pública, pela sua colaboração, participação na recolha de dados e interpretação da Tabela Nacional de Incapacidade; aos restantes colegas (Enfermeiras, Técnicas de Saúde Ambiental, Assistentes Técnicos,...). À Dr.<sup>a</sup> Rita Azevedo, coordenadora da Unidade de Saúde Pública, o meu agradecimento especial por toda a confiança em mim depositada.

A todos os funcionários do IHMT-UNL, pela simpatia e disponibilidade; destaco os professores que leccionaram este V Mestrado Saúde e Desenvolvimento, pois foram uma fonte de conhecimentos para mim. Aos colegas de curso que são fantásticos; saliento o ambiente de partilha e interajuda entre todos nós que fez desta turma um grupo de amigos (vamos continuar!).

À minha amiga Paula Page agradeço toda a ajuda e incentivo. A todos os meus amigos agradeço a compreensão e ajuda; prometo compensar todo o tempo que não estive com vocês.

Ao meu pai (nunca será esquecido), à minha mãe e ao meu irmão agradeço o amor incondicional. Ao meu marido, Carlos, às minhas filhas, Ana Rita e Ana Raquel, agradeço a compreensão, o carinho, a estabilidade emocional que fazem de mim uma pessoa melhor, todos os dias da minha vida.

Agradeço a todos os que comigo se cruzaram de alguma forma e tornaram possível concluir mais esta etapa na minha vida. Obrigada.

## **Resumo**

### Introdução:

Este estudo realizou-se no ACES X Cacém-Queluz entre Outubro e Dezembro de 2011. Teve como objectivo conhecer a auto percepção do estado de saúde dos indivíduos que recorreram a junta médica na USP do ACES X, para atribuição de grau de incapacidade entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.

### Material e métodos:

Este estudo é observacional, transversal, analítico de abordagem quantitativa. O estudo incidiu sobre 59 indivíduos que recorreram à junta médica na USP do ACES X. Foram excluídos deste estudo indivíduos que devido à sua situação mental se encontravam incapacitados para assinar o consentimento informado, menores de 18 anos, indivíduos que devido a défice de visão se encontravam incapacitados para ler e/ou assinar o consentimento informado, não sabiam ler e escrever, eram surdos-mudos, não dominavam a língua Portuguesa e os indivíduos que recusaram participar no estudo após solicitação.

Elaborou-se um questionário sociodemográfico, especificamente para este estudo. Para conhecer a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde utilizou-se o questionário SF-36 – SHORT – FORM 36, versão 1.0, validado na população portuguesa por Ribeiro (2005).

As variáveis independentes consideradas foram o grau de incapacidade atribuído em junta medica; foram ainda consideradas como variáveis independentes dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil legal, viver conjugalmente, viver numa instituição, ter apoio domiciliário, tipo de apoio domiciliário, naturalidade, nível de escolaridade, profissão, ocupação nas ultimas duas semanas, doença que motivou junta medica, data de diagnóstico da doença).

Consideraram-se como variáveis dependentes as dimensões do questionário SF-36 (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental) e as componentes física e mental. Para se proceder a análise de dados, utilizou-se o programa informático SPSS versão 20.0, tendo sido feita análise uni e bivariada.

## Resultados

A idade média dos indivíduos que participaram neste estudo foi 55 anos, sendo que 54,2% eram do sexo feminino; 71,2% viviam conjugalmente com alguém, 94,9% tinham naturalidade Portuguesa; 69,5% tinham um nível de escolaridade correspondente ao ensino secundário ou menos. O grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores foi a mais representado com 28,8%; 44,1% dos indivíduos referiram estar reformados, 27,1% referiram ter exercido uma profissão ou um trabalho mesmo que não remunerado nas últimas duas semanas e 16,9% referiram ter estado doentes desde há 3 meses ou mais. Setenta e quatro vírgula cinco indivíduos que solicitaram atribuição de grau de incapacidade fizeram-no devido a doença neoplásica, sendo a neoplasia da mama a mais referida com 20,3%. Cinquenta e quatro vírgula dois indivíduos referiram que a doença que motivou pedido de grau de incapacidade lhe tinha sido diagnosticada há 1 ano ou menos de 1 ano. A média do grau de incapacidade atribuído foi de 64,5%. A maior parte dos indivíduos classificou a sua saúde como fraca ou razoável (66,1%), sendo que 30,5% classificaram a sua saúde como fraca. Nas dimensões do SF-36, o desempenho emocional foi a dimensão com pior pontuação média, e o funcionamento social foi aquela que apresentou melhor pontuação. Relativamente às componentes do SF-36, verificou-se uma pontuação negativa (<50) em ambas as componentes do SF-36, física e mental; no entanto, comparativamente, a componente física mostrou ser a mais afectada. Não se observou relação entre o grau de incapacidade e as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com alguém, nível de escolaridade e ter ocupação nas últimas duas semanas. Também não se verificou relação entre as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com alguém, ter tido uma ocupação nas últimas duas semanas e as percepções de saúde dos indivíduos. Nos indivíduos que responderam que viviam conjugalmente com alguém observou-se percepção mais positiva nas dimensões percepção geral de saúde, dor corporal, e desempenho emocional. Ter tido ocupação nas duas últimas semanas relacionou-se com melhor funcionamento físico, nestes indivíduos. Verificou-se que quanto maior o grau de incapacidade atribuído, pior o funcionamento físico, pior o desempenho físico, pior a percepção geral de Saúde e da vitalidade, pior funcionamento social, pior o desempenho emocional e pior a saúde mental. A dimensão dor corporal apresentou valores mais baixos

em indivíduos com grau de incapacidade mais elevado. Verificou-se que maior grau de incapacidade atribuído correspondeu a pontuação mais baixa na componente física e na componente mental.

### Discussão

A diferença na percepção de saúde dos indivíduos inquiridos neste estudo e aqueles inquiridos no 4º INS pode dever-se ao facto dos primeiros se encontrarem numa situação de doença sendo que os últimos não o estariam.

O grau de incapacidade atribuído recorrendo a TNI, incidiu essencialmente sobre indivíduos com doença neoplásica diagnosticada há 1 ano ou menos de 1 ano (54,2%). Esta realidade pode dever-se ao facto de não existir em Portugal o Estatuto do Doente Crónico, nem uma Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidades da Saúde. Em 22 de Fevereiro de 2012, por iniciativa do Provedor da Justiça, foi aberto um processo para o estudo do regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência.

Os determinantes de saúde como a idade, o sexo, viver conjugalmente com alguém (ou estado civil), nível de escolaridade e ocupação (classe social) influenciam a saúde dos indivíduos. Neste estudo não se observou relação entre o grau de incapacidade atribuído e estes determinantes de saúde, mas também não se verificou relação entre estas mesmas variáveis e as percepções de saúde dos indivíduos. Estes resultados permitem perceber que os determinantes de saúde aqui considerados não influenciaram a atribuição do grau de incapacidade, e também não alteraram a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde.

Verificou-se que a atribuição de um grau de incapacidade mais elevado correspondeu à diminuição no funcionamento físico, desempenho físico, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social e desempenho emocional dos indivíduos. Este resultado está de acordo com os estudos que apontam estas dimensões como susceptíveis de serem afectadas na presença de incapacidade.

No entanto verificou-se que quanto maior a dor corporal, mais baixo o grau de incapacidade atribuído. A dor é considerada o 5º sinal vital a par dos outros quatro sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura. A sua importância torna-se inquestionável. Segundo o Prof. Castro-Lopes (2010), a dor crónica

tem grande impacto na qualidade de vida dos doentes e o seu efeito é devastador e superior ao de outras patologias crónicas.

Na TNI não existe nenhum capítulo atribuído à “dor”, tal como existe por exemplo para as doenças oncológicas ou aparelho locomotor, pelo que a sua contabilização para fim de atribuição de um grau de incapacidade não é efectuada da mesma forma, em igualdade de circunstâncias. Face ao impacto que manifestamente a dor tem na limitação das actividades e funcionalidade dos indivíduos, não é possível ignorar esta lacuna na TNI.

O grau de incapacidade atribuído relacionou-se de forma negativa com a componente física e a componente mental; assim, um grau de incapacidade mais elevado correspondeu a uma diminuição na componente física e na componente mental. Este resultado era esperado num estudo desta natureza, pois a incapacidade afecta o individuo em todas as suas dimensões físicas e mentais. Sendo assim, e mediante a aplicação do questionário SF-36 que avaliou as percepções de saúde dos indivíduos, pode concluir-se que a TNI cumpriu de forma válida a atribuição de grau de incapacidade aos indivíduos que recorreram a junta médica no período de Outubro a Dezembro de 2011, no ACES X.

## **Abstract**

### Introduction:

The present study was performed in ACES X – Cacém-Queluz, between the months of October and December 2011. Its purpose was to acquire knowledge on individuals' self-perception as they resort to a “medical commission” pertaining to the USP (Public Health Unit) of ACES X, to obtain a degree of incapability.

### Means and Methods:

The study was a cross-study, observational and analytical, using a quantitative approach. The study was done on 59 individuals that resorted to the “medical commission”, in the USP of ACES X. Individuals that did not reveal a state of mind allowing them to sign informed consent forms, minors with less than 18 years of age, people with sight problems that couldn't manage to read and/or sign informed consent form, people that didn't know how to read or write, deaf and dumb, people that had no knowledge of the Portuguese language and, finally, people that refused to participate.

A social and demographic questionnaire was elaborated, specifically for this study. In order to acquire knowledge on the perception people had about their own health status, the SF – 36 – SHOR – FORM 36, version 1.0, was used. This questionnaire was validated among Portuguese population by Ribeiro (2005).

The independent variables taken into account were the degree of incapacity attributed by the “medical commission”; independent variables such as demographic data were taken into account as well (age, gender, legal marital status, living martially with someone, living in an institution, having home support, the kind of home support, place of birth, level of instruction, profession, occupation in the last two weeks, disease that motivated going to the “medical commission”, date of disease diagnosis).

As dependent variables we considered the following dimensions of SF-36 (physical functioning, physical performance, body pain, general health status, vitality, social functioning, emotional performance, mental status) and the physical and mental components. In order to proceed with the process of data analysis, we used SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 20.0, having performed single and bi-variation analysis.

### Results attained:

The age average of participants was of 55 years, being that 54,2% were women; and 71,2% lived with someone, 94,9% were born in Portugal, had a level of instruction of secondary level or less. The group of workers in personal services, of protection, security and sales had the most representation with 28,8%; 44,1% of the individuals included claimed to be retired, 27,1% referred having had a profession or some kind of work, even if not paid, within the last two weeks and 16,9% claimed to having been ill since the last 3 months or more. Seventy four point five percent (74.5%) of individuals that asked for a degree of incapacity did so due no cancer, being breast cancer the most common (20.3%). Fifty four point two percent (54.2%) said that the disease that had motivated the degree of incapacity had been diagnosed a years or less ago. The average degree of incapacity was 64.5%. The majority of individuals classified their health status as weak or reasonable (66.1%), being that 30.5% considered their health as being weak. In the SF-36 dimensions, the emotional performance was the dimension with worst average classification and social performance was the dimension with the best classification. In relation to the SF-36 components, both physical and mental components attained a negative classification (<50); however, comparatively, the physical component revealed to be the most affected. No relation was established between the degree of incapacity and the variables of age, gender, living with someone, level of instruction and having an occupation within the last two weeks and the self-perceptions on health. Within individuals that reported to live martially with someone there was found to be a more positive perception of health in general, physical pain and emotional performance. Having had an occupation within the last two weeks revealed a better physical functioning among these individuals. The greater the degree of incapacity attributed, worse was the physical functioning, the physical performance, worse was the general perception of health and vitality, worse4 was the social functioning, worse was the emotional performance as well as mental health status. The physical dimension revealed lower values in individuals with a higher degree of incapacity. The higher the degree of incapacity attributed, the lower classification was attained in the physical and mental components.

### Discussion:

The difference in health perception within the individuals that took part in the study, and those inquired in the 4th INS (National Health Survey) may be due to the fact that the ones that took part in this study were ill, while the ones that took part in the INS Survey were not.

The degree of incapacity attributed, using the TNI, (Table of National Incapacity) focused essentially on individuals with cancer diagnosed within the last year (54.2%). This fact may be due to Portugal not having the status of Chronic Patient, nor a Table of National Incapacity and Health Functionalities. On February 22 of 2012, through an initiative of the Justice General, a process was initiated to study the evaluation regime of incapacity within the handicapped.

Health determinants, like age, gender, living martially with someone (or marital status), level of instruction and occupation (social class) do influence peoples' health. In this study we did not observe relation between the degree of incapacity attributed and these health determinants, but we did not find a relation between these same variables and people's individual health perceptions as well. These results permit the understanding that the health determinants here considered did not influence the attribution of the degree of incapacity, and also they did not change the perception individual's had on their health.

It was noted that the attribution of a higher degree of incapacity corresponded to the diminishing of individual's physical functioning, physical performance, general health perception, vitality, social functioning and emotional performance. This result is in accordance with studies that point out these dimensions as susceptible of being affected by incapacity.

However, it was found that more intense physical pain, the lower degree of incapacity attributed. Pain is considered the fifth vital sign, along with the other four vital signs: respiratory frequency, heart beat frequency, blood pressure and temperature. Its importance is unquestionable. According to Professor Castro-Lopes (2010), chronic pain has a great impact on patients' quality of life and its' effect is devastating and higher than that of other chronic pathologies.

In the TNI there doesn't exist a chapter on "pain", as it exists for example for cancer or diseases of the locomotive system, so it's classification for a degree of incapacity is not affected in any form, in identical circumstances. In relation to the impact that pain visibly has in limiting individual's activities and functions, it is not possible to ignore such an absence in the TNI.

The degree of incapacity attributed related negatively with the physical and mental components; therefore, a higher the degree of incapacity corresponded to a weaker physical and mental components. This result was expected in such a study, because incapacity affects the individual in all his physical and mental dimensions. As such and with the application of the SF-36 questionnaire that evaluated individuals health perceptions, we may conclude that the TNI served in a valid way for the attribution of an incapacity degree to who sought the "medical commission" in the period of October to December of 2011, in ACES X.

## Índice geral

1.	Introdução.....	2
1.1	Saúde e qualidade de vida.....	2
1.2	Determinantes de saúde.....	3
1.3	Funcionalidade e incapacidade .....	7
1.4	O custo da doença .....	10
1.5	Medir o estado de saúde.....	11
1.6	A incapacidade em Portugal.....	13
1.7	Questão de investigação.....	18
1.8	Objectivos .....	19
1.8.1	Objectivo geral: .....	19
1.8.2	Objectivos específicos:.....	19
2.	Material e métodos .....	20
2.1	Tipo de Estudo .....	20
2.2	População /Amostra .....	20
2.3	Instrumento de recolha de dados.....	21
2.3.1.	Questionário de caracterização sociodemográfica.....	21
2.3.2	Questionário SF-36.....	22
2.4	Variáveis em estudo .....	23
2.4.1.	Variáveis dependentes .....	23
2.4.2.	Variáveis Independentes .....	24
2.4.3.	Outras variáveis .....	24
2.5	Análise dos dados.....	26
2.6	Implementação .....	26

2.7	Implicações éticas/ responsabilidade do investigador.....	27
3.	Resultados.....	29
3.1	Caracterização sociodemográfica.....	29
3.2	Motivos que levaram a pedido de atribuição de grau de incapacidade.....	31
3.3	Auto percepção do estado de saúde .....	33
3.3.1	As dimensões do questionário SF-36.....	34
3.4	Análise da variação do grau de incapacidade .....	35
3.5	Análise de potenciais confundimentos para as dimensões da percepção de saúde.....	37
4.	Conclusões.....	42
5.	Discussão.....	44
	Bibliografia .....	49
	ANEXOS .....	52
	ANEXO 1: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação .....	53
	ANEXO 2: Consentimento Informado .....	55
	ANEXO 3: Questionário sociodemográfico .....	57
	ANEXO 4: Questionário SF-36.....	61

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis dependentes .....	23
Tabela 2 – Operacionalização da variável grau de incapacidade .....	24
Tabela 3- Operacionalização das variáveis sociodemográficas.....	24
Tabela 4 – Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade em anos (N=59). .....	29
Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos por estado civil legal – contagem e frequência relativa .....	29
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade frequentado – contagem (n), frequência relativa (%) e frequência acumulada.....	30
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos por Grande Grupo Profissional – contagem (n), frequência relativa (%)......	30
Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos por ocupação nas duas últimas semanas – contagem (n), frequência relativa (%)......	31
Tabela 9 - – Distribuição dos indivíduos por doenças que motivaram pedido de atribuição de grau de incapacidade – contagem e frequência relativa.....	32
Tabela 10 – Distribuição dos indivíduos por tempo de diagnóstico de doença que motivou pedido de atribuição de grau de incapacidade - contagem e frequência relativa.....	32
Tabela 11 - Medidas de tendência central e dispersão para o grau de incapacidade atribuído (N=59), em percentagem. ....	33
Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos inquiridos conforme a sua percepção do estado de saúde – contagem (n), frequência relativa (%) e frequência acumulada. ....	33
Tabela 13 - Medidas de tendência central e dispersão para as dimensões do questionário SF-36.....	34
Tabela 14 – Medidas de tendência central e dispersão para as componentes do questionário SF-36.....	34
Tabela 15 – Teste de Mann-Whitney para o grau de incapacidade e as variáveis sexo, viver conjugalmente e ter tido ocupação nas duas últimas semanas.....	35

Tabela 16 – Teste de de Kruskal Wallis entre o grau de incapacidade e o nível de ensino frequentado. ....	35
Tabela 17 – Correlação de Spearman para a idade e as dimensões do questionário SF-36. ....	37
Tabela 18 - Teste de Mann-Whitney para o sexo em relação às dimensões do SF-36.....	37
Tabela 19 - – Teste Kruskal Wallis para o nível de escolaridade em relação às dimensões do questionário SF-36.....	39
Tabela 20 - Teste de Mann-Whitney para a variável viver conjugalmente com alguém e as dimensões do SF-36.....	40
Tabela 21 -- Teste de Mann-Whitney para a variável ter tido ocupação nas últimas duas semanas e as dimensões do SF-36.....	41

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ACES X - Agrupamento de Centros de Saúde Cacém-Queluz.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention.

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ICIDH – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps).

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

INS - Inquérito Nacional de Saúde.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

SF-36 – SHORT – FORM 36

SPSS - Statistical Package for Social Sciences.

TNI - Tabela Nacional de Incapacidade.

USP - Unidade de Saúde Pública.

WHO - World Health Organization (Organização Mundial da Saúde - OMS)

# 1. Introdução

## 1.1 Saúde e qualidade de vida

Em 1948 a OMS (2012a) definiu Saúde como um “...*estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*”. A esta definição positivista e centrada no indivíduo isolado, a OMS acrescentou, segundo Ribeiro (2005), elementos que permitem uma compreensão mais alargada do conceito de saúde sendo esta

*“... a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio envolvente”*. (Ribeiro 2005:27),

Este autor acrescenta que a OMS, em 1986, definiu Saúde como um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida.

*“ A saúde é um factor decisivo para o desenvolvimento humano, um domínio fundamental na vida de cada indivíduo ao longo de todo o seu ciclo de vida. Acompanha o desenvolvimento humano, da concepção à morte. Neste sentido, uma Saúde frágil compromete o desenvolvimento humano e social.”* Ribeiro (2005:28)

O mesmo autor refere que, para o indivíduo, a saúde não é um objectivo em si mas um meio para atingir o bem-estar ou a felicidade. Uma melhor saúde permite viver a vida, com mais empenho nas actividades diárias como trabalho, vida familiar, relações sociais, actividades de lazer culturais ou outras (Ribeiro, 2005).

Na Declaração de Adelaide publicada em 2010 pela OMS, é possível ler que uma boa saúde melhora a qualidade de vida. A saúde é então encarada como uma dimensão da qualidade de vida.

Mas o que é “Qualidade de Vida”?

*“O conceito de qualidade de vida tornou-se, crescentemente, importante em anos recentes, definindo-se como o efeito funcional que uma doença ou o seu tratamento exerce sobre o indivíduo e como este é sentido e percebido. Assim, pode-se inferir que o termo ‘qualidade de vida’ é subjectivo, individual e sujeito a permanentes alterações, dependendo do próprio processo patológico e de características individuais relacionadas com valores culturais, familiares, económicos, etc (Bowling 2001).” (Reis, 2005).*

O uso de medidas de qualidade de vida permite ter acesso ao contexto pessoal e social dos doentes, com conhecimento mais real da situação vivida.

*“ Qualidade de vida relacionada com a saúde (“Health-related quality of life”) e Estado subjectivo de saúde (“Subjective health status”) são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.” (OMS,1998).*

## **1.2 Determinantes de saúde**

Os determinantes sociais de saúde podem ser entendidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e que se traduzem em impactos na saúde (WHO, 2005). Em alguns contextos, os determinantes de saúde podem ser entendidos principalmente como as características do indivíduo, a rede de apoio social de uma pessoa, o rendimento ou a situação de emprego (WHO, 2005). Considera esta organização que a população não são apenas colecções de indivíduos, no entanto, a causa dos problemas de saúde são agrupados em padrões sistemáticos, com efeitos de adição num indivíduo que depende da exposição e resultados experimentados por outros indivíduos.

O curso da vida pode ser considerado como uma combinação de elementos biológicos e sociais que interagem um com o outro. O desenvolvimento biológico individual ocorre dentro de um contexto social. Estes processos sociais interagem com a saúde de várias maneiras. A relação pode ser directa e específica para a doença (Marmot, 2006).

Marmot (2006) considera que uma das mudanças mais importantes na nossa compreensão dos determinantes sociais da saúde tem sido o crescente reconhecimento do poder dos factores de risco psicossociais. Os mais importantes podem ser agrupados em três categorias: o estatuto social, afiliações sociais e stress no início da vida.

Considera Marmot (2006) que o estatuto social está relacionado com a saúde não apenas através dos efeitos directos físicos de exposição às condições materiais melhores ou piores; é também uma questão de posição na hierarquia social, a experiência das pessoas de estatuto superior e dominante versus estatuto inferior e subordinado, juntamente com os processos de estigmatização e exclusão das pessoas mais perto da parte inferior da hierarquia. As afiliações sociais e participação são consideradas também protectoras da saúde: os relacionamentos, o suporte social, as redes de amizade o envolvimento na comunidade em geral parecem benéficos (Marmot, 2006). Um começo mais stressante na vida parece estar associado particularmente com riscos acrescidos de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, pressão arterial elevada e obesidade. Também parece estar associado com o crescimento lento e hipóteses mais reduzidas de ascensão social.

Entre os determinantes de saúde encontra-se a idade; ela influencia a saúde do indivíduo e a sua percepção de saúde. Viver mais tempo aumenta a probabilidade de adquirir mais doenças e mais debilidades. Os avanços da ciência biomédica reduziram as mortes por doenças agudas e crónicas prolongando a vida para os indivíduos que sofrem de doenças crónicas como o cancro (Hanson, 2005: 351).

*“ Acima de tudo, a idade é a determinante mais importante entre as variáveis pessoais. As taxas de morbilidade e mortalidade de quase todas as afecções apresentam uma relação qualquer com esta variável.”* (Mausner & Kramer, 2009:173).

A doença e a incapacidade individual aumentam ao longo dos anos mas mais idade não significa obrigatoriamente mais doença e incapacidade, apenas mais susceptibilidade para estas situações.

*“ Nem todos os idosos estão angustiados com problemas de saúde mas os idosos como grupo, apresentam uma incidência significativa de situações crônicas.”* (Stanhope e Lancaster, 2000: 640).

A Comissão Europeia (2009) considera que deve ser feito um esforço para promover o envelhecimento saudável dos cidadãos europeus. Viver mais anos com boa saúde significa melhor qualidade de vida e menos solicitação dos sistemas de saúde, com menos reformas por invalidez.

A saúde é também influenciada pelo género dos indivíduos. O sexo dos indivíduos também influencia as taxas de morbilidade e mortalidade.

*“ O aspecto mais saliente da análise das taxas de doença segundo o sexo é o contraste entre as taxas de mortalidade e morbilidade. As taxas de mortalidade são mais altas nos homens que nas mulheres, mas as taxas de morbilidade são geralmente mais elevadas nas mulheres.”* (Mausner & Kramer, 2009:178).

Segundo Stanhope e Lancaster, (2000) a saúde da mulher relaciona-se directamente com as dimensões biológicas, sociais e culturais da vida das mulheres. Problemas como o cancro da mama, as doenças cardíacas, a depressão, a violência física e psicológica são problemas de saúde significativos, tornando-as mais vulneráveis.

Para a União Europeia, a sensibilização para a relação entre género e saúde é muito importante. O Portal da Saúde Pública da União Europeia alerta para esta situação.

*“Os homens e as mulheres apresentam padrões diferentes de doença, de exposição aos determinantes da saúde e de acesso aos serviços de saúde. Os factores biológicos tornam as mulheres e os homens vulneráveis a determinadas doenças em graus diversos e em diferentes períodos das suas vidas. Na Europa, a esperança de vida dos homens é, em média, seis anos inferiores às das mulheres.”*(Portal Saúde Pública União Europeia, 2009)

Também “*Os acontecimentos da vida podem aumentar o risco de doença e de incapacidade*” (Stanhope e Lancaster, 2000: 523) Viver conjugalmente com alguém está incluído no conceito de família e na função básica de proteger a saúde dos seus membros dando apoio e resposta às necessidades básicas durante os períodos de doença. “*É através do apoio e desenvolvimento biofísico e psicossocial que a família contribui para a saúde dos seus membros individuais*” (Stanhope e Lancaster, 2000: 503). A família surge assim com um papel muito importante na saúde individual. Mas alguns autores consideram que esta situação tem outra vertente igualmente importante.

*“ Embora a melhor saúde dos casados possa ser atribuída em parte ao apoio psicológico e físico dados pelo cônjuge, é possível que não seja inteiramente devida ao casamento. O estado civil é também influenciado por factores selectivos, as pessoas que se casam podem ser mais robustas, física ou emocionalmente, do que as que permanecem solteiras.”* (Mausner & Kramer, 2009:190).

Outro determinante de saúde a considerar é o nível de escolaridade. Um nível de escolaridade mais elevado nos indivíduos pressupõe mais conhecimentos, mais informação, melhor nível socioeconómico. Adultos com comprometimento físico ou mental podem ter um impacto financeiro e social negativo na família; para além dos custos da doença existe o risco da perda de remuneração. Hanson (2005) considera que o estatuto social está fortemente correlacionado com a saúde; quanto mais rico for um indivíduo, melhor serão as suas condições de vida, o acesso aos cuidados de saúde preventivos e curativos e melhor o seu estado de saúde. Por outro lado o aumento de conhecimentos estimula melhores comportamentos de autocuidado.

Mausner & Kramer, (2009), referem-se ao conceito de “classe social”.

*“...pois resume em si factores como a ocupação, a educação, o local de residência, os rendimentos e, de facto, todo o estilo de vida. Tendo em vista a influência da classe social em tantos aspectos da vida, não surpreende que a existência de um marcado gradiente segundo a classe, na morbilidade e na mortalidade, seja mais a*

*regra do que a exceção nos estudos epidemiológicos.” (Mausner & Kramer, 2009:183).*

A ocupação dos indivíduos pressupõe um papel social activo na comunidade onde estes se encontram inseridos. O reconhecimento social é uma necessidade dos indivíduos. Também Hanson (2005) se refere ao conceito de classe social.

*“ O estatuto da classe social de uma pessoa é muitas vezes determinado pela classe social da mesma; e por seu turno, a classe social da família é determinada pelo prestígio profissional do cônjuge (...), nível de educação, rendimento, estatuto profissional, ou a combinação destes.” (Hanson, 2005: 111).*

Entre os muitos factores sociais e os processos que influenciam a saúde, alguns são considerados contribuintes significativos para as disparidades na saúde entre diferentes grupos sociais (WHO, 2005). É possível promover políticas sobre os determinantes sociais que podem melhorar os indicadores de saúde de um país, sem alterar o grau de disparidades de saúde entre os privilegiados e os grupos desfavorecidos. A Organização Mundial de Saúde recomenda a adopção da equidade em saúde como princípio ético orientador, priorizando os determinantes de saúde que podem contribuir para as desigualdades, promovendo políticas que tenham efeito positivo sobre a equidade na saúde (WHO, 2005).

A equidade em saúde é um problema interno dos países, sendo significativamente afectada pela crise económica mundial e pelo sistema político (WHO, 2008). São os determinantes estruturais e as condições de vida diária que constituem os determinantes de saúde responsáveis por grande parte das desigualdades na saúde entre e dentro dos países (WHO, 2008). Mesmo nos países mais ricos as pessoas que são menos abastadas têm substancialmente menos expectativa de vida e mais doenças que os ricos (WHO,2003).

### **1.3 Funcionalidade e incapacidade**

Segundo a Comissão Europeia (2010) uma em cada seis pessoas da União Europeia tem uma incapacidade entre leve e grave, o que soma 80 milhões de pessoas que, com

frequência, não podem participar plenamente na sociedade e na economia. O Comité de Ministros do Conselho da Europa (2006) referiu no seu Plano de Acção para a promoção dos direitos e plena participação das pessoas com incapacidade na sociedade, que as causas principais de incapacidade são as doenças, os acidentes e as condições de invalidez próprias das pessoas idosas onde se espera um aumento do número de pessoas com limitações devido ao aumento da esperança de vida.

Todas as actividades desenvolvidas pelo Indivíduo exigem actividade física e/ou mental: exigem funcionalidade.

*“Funcionalidade é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais).”* (CIF, 2004a).

Funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação (CDC,2004a).

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas...) e os factores contextuais (CIF,2004a).

O qualificador de capacidade descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. Limitações da actividade (“Limitação de actividade” substitui o termo “incapacidade” utilizado na versão de 1980 da ICIDH (OMS, 1989)) são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de actividades (CDC, 2004a).

Poder-se-á dizer que a incapacidade se pode traduzir na limitação para a realização de actividades, dificultando a manutenção independente das actividades de vida diária como sentar-se, subir escadas, seguir instruções, etc. Esta limitação para executar as tarefas

quotidianas pode levar a dependência de outros indivíduos conduzindo a incapacidade funcional.

*“ Ainda que a incapacidade possa ser definida de vários modos, nos inquéritos comunitários ela significa habitualmente qualquer limitação da actividade de uma pessoa, incluindo o seu papel psico-social, como progenitor, como trabalhador capaz de assegurar um salario adequado, ou membro de uma comunidade.” (Mausner& Kramer, 2009:22).*

Assim, a incapacidade funcional pode ser entendida como a dificuldade para o indivíduo realizar as tarefas de autocuidado, mobilidade, e todas as tarefas que são necessárias para uma vida independente em sociedade nos diversos papeis que são esperados que este assuma. A presença de doença pode condicionar a funcionalidade do indivíduo e o seu papel na sociedade.

*“Incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações de actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” e “Deficiência é uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais) ”. (CIF, 2004a)*

É referido na CIF a dificuldade em fazer a referência aos indivíduos que enfrentam algum grau de limitação algum tipo de limitação ou restrição funcional, sem que haja lugar a estigmatização ou rotulação.

*“A CIF utiliza o termo “incapacidade” para designar um fenómeno multidimensional que resulta da interacção entre as pessoas e o seu ambiente físico e social. Por diversas razões, quando se referem a indivíduos, algumas pessoas preferem utilizar o termo “pessoas com incapacidade” enquanto outras preferem “pessoas incapacitadas”. À luz desta divergência, não há uma prática universal a ser adoptada pela OMS, e não é apropriado que a CIF adopte rigidamente uma abordagem em detrimento de outra. Em vez disto, a OMS confirma o princípio*

*importante de que as pessoas têm o direito de serem chamadas da forma que melhor desejem” (CIF, 2004a).*

A incapacidade de um indivíduo tem repercussões a nível físico e a nível mental. Os problemas de saúde mental constituem actualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades. “ *Das 10 principais causas de incapacidades, 5 são psiquiátricas.*” (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

*“ Para além dos problemas que causam na vida das pessoas, as doenças mentais - como a ansiedade e a depressão, que são as mais frequentes – acarretam custos sociais e económicos consideráveis, especialmente a nível do sistema educativo, de saúde e judicial. Constituem, com efeito, uma das principais causas de absentismo, de reforma antecipada ou de reforma por invalidez.”* (Portal da Saúde Pública da União Europeia, 2012).

#### **1.4 O custo da doença**

A doença e a incapacidade do indivíduo limitam a sua actividade e restringem a sua participação plena nos diversos papéis sociais que dele são esperados: a doença tem um custo.

*“ O custo da doença (COI) é definido como resultado de um problema de saúde. O COI inclui os custos do sector da saúde, o valor da perda de produtividade por parte do paciente (custos indirectos) e o custo da dor e do sofrimento (custos intangíveis) ”.*(CDC, 2010b)

O CDC considera que custos directos da doença são as despesas com bens e serviços médicos (por exemplo, medicamentos, consultas médicas e hospitalização). Muitas vezes, os custos directos são ainda classificados como custos médicos directos e custos directos não médicos, dependendo ou não dos recursos que foram gastos directamente na produção de um tratamento. Os custos indirectos ou perdas de produtividade são os rendimentos do trabalho que são dispensados como resultado de um resultado adverso à saúde. A

diminuição da produtividade pode ser resultado de doença, morte, efeitos colaterais, ou o tempo gasto em tratamento. Os custos indirectos incluem a perda de ganhos e produtividade dos pacientes e dos familiares que cuidam deles. Para algumas doenças com a morte prematura, o custo indirecto é a perda dos salários e benefícios potenciais. Os custos intangíveis incluem a deformação, as limitações funcionais, dor ou medo.

Em 2010, foi realizado em Portugal, pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra o “*Estudo do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência*” que teve como objectivo central a quantificação acrescida das deficiências e ou incapacidades nos agregados familiares, com vista a redefinição das políticas públicas. Pode ler-se no relatório deste estudo:

*“O cálculo dos custos acrescidos que as deficiências e incapacidades representam nos orçamentos familiares implica considerar diferentes dimensões: o que as pessoas gastam a mais, o que as pessoas auferem a menos, o que as pessoas não conseguem obter, o que as pessoas não aspiram ter. Todas estas questões geram uma vasta teia de relações entre elementos materiais, sócio-afectivos e simbólicos, da qual o conceito de “custo” dificilmente dá conta”* (Portugal,2010).

## **1.5 Medir o estado de saúde**

Foi com a finalidade de quantificar e medir o estado de saúde que surgiu a necessidade de utilizar sistemas de classificação. A Comissão Europeia (2012) refere que os sistemas de classificação, assim como os conceitos e definições que eles contêm, são instrumentos que permitem efectuar registos harmonizados, indispensáveis para serem obtidos dados comparáveis. Entre estes sistemas de classificação encontra-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CDC, 2004a).

*“Os esforços feitos por comissões nacionais e internacionais para quantificar o estado de saúde conduziram a algumas sugestões promissoras para a sua mensuração (Sullivan,1966). Todavia, tanto a saúde física como a saúde mental, são*

*ainda medidas principalmente através do seu oposto, a doença e a morte.” (Mausner & Kramer, 2009:15).*

Também a CIF (CDC, 2004a), refere que condição de saúde é um termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Mas uma condição de saúde pode incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stress, anomalia congénita, ou predisposição genética.

Medir o estado de saúde das populações e dos indivíduos permite comparar, corrigir situações, promover a equidade.

*“ Medir o estado de saúde de populações permite-nos definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde (por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), às áreas geográficas entre regiões, países ou zonas dentro dos países), às condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições económicas (por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação), ou ainda relativas ao género e à idade.” (Ferreira, 2003: 15-30).*

Tem-se observado a crescente necessidade de avaliar a qualidade de vida procurando-se um instrumento para avaliar a *qualidade de vida*. É reconhecida a utilidade de avaliar a percepção de saúde na opinião do respondente (Ribeiro,2005). Actualmente, cada vez mais se tem em atenção á perspectiva do doente em relação á sua saúde.

A percepção geral de saúde ou auto-avaliação do estado de saúde é uma medida amplamente utilizada pelos governos para avaliar os aspectos da saúde das populações; no entanto não é um substituto dos indicadores de saúde, mas completa-os.

*“ A forma como os indivíduos consideram a sua situação de saúde – autoavaliação de saúde – tem sido cada vez mais valorizada na investigação e tomada de decisão clínicas, assim como no planeamento em saúde” (Ferreira, 2003).*

O 4º Inquérito Nacional de Saúde (4º INS) 2005/2006 apresenta resultados estruturados em quatro áreas temáticas. Realçamos neste estudo a Qualidade de vida (qualidade de vida auto

percebida) e o estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades (estado de saúde auto percebido, peso e obesidade, incapacidade temporária, incapacidade física de longa duração, doenças crónicas, sofrimento psicológico), com vista à caracterização do estado de saúde e doença da população residente. Em 2005, 53,4% da população residente em Portugal apreciava o seu estado de saúde como  *muito bom* ou  *bom*. Segundo o mesmo estudo, a perspectiva dos homens sobre o seu estado de saúde era mais favorável que a das mulheres, sendo esta diferença de percepção mais expressiva entre os 35 anos e os 64 anos; 32,7% da população residente em Portugal avaliava o seu estado de saúde como  *razoável*, e 13,9 % considerava o seu estado de saúde como  *mau* ou  *muito mau*. O peso da avaliação  *mau* ou  *muito mau* era claramente crescente nas classes etárias mais avançadas; verificou-se que a partir dos 45 anos a maioria das pessoas já não referia a avaliação  *muito bom* ou  *bom* verificando-se um decréscimo relevante entre os grupos etários 35-44 anos e o grupo etário 45-54 anos.

Segundo o mesmo INS (2005), 48,6% da população avaliava a sua qualidade de vida como  *boa* ou  *muito boa*. A proporção de residentes que avaliava a sua qualidade de vida como  *nem boa nem má* correspondia a 44,5%. Embora em dimensão inferior à verificada na auto-avaliação do estado de saúde, a perspectiva dos homens sobre a qualidade de vida era mais favorável que a das mulheres.

Verificou-se neste inquérito á população residente em Portugal em 2005/2006 que, associando a auto-avaliação do estado de saúde à classificação da qualidade de vida a maioria da população (58,6%) que avaliava a qualidade de vida como  *má* ou  *muito má*, também auto avaliava o seu estado de saúde como  *mau* ou  *muito mau*. Das pessoas que indicaram uma opinião favorável sobre a sua qualidade de vida (66,9%) também registavam uma auto-percepção favorável da sua saúde.

## **1.6 A incapacidade em Portugal**

A OMS recomenda a protecção social dos indivíduos em situação de doença. Portugal tem uma política de protecção social na doença. A doença deve ser certificada através de um impresso próprio - CIT (Certificado de Incapacidade Temporária por Estado de Doença).

Este certificado deve ser emitido pelos serviços de saúde de Serviço Nacional de Saúde (Portal da Saúde, 2005a). A protecção social é realizada através da atribuição de subsídios de doença e de prestações compensatórias dos subsídios de férias, Natal ou outros de natureza análoga. A atribuição das prestações de doença é da responsabilidade do Instituto da Segurança Social, IP, através dos Centros Distritais de Segurança Social e das Instituições de Previdência (Caixas de Actividade e de Empresa), no caso dos beneficiários abrangidos por estas instituições (Portal da Saúde, 2005a).

*“O subsídio de doença é uma prestação pecuniária atribuída para compensar a perda de remuneração, resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença.”* (Portal da Saúde, 2005a).

Têm direito a subsídio de doença os beneficiários do regime geral de segurança social: trabalhadores por conta de outrem; trabalhadores independentes que tenham optado pelo esquema de protecção alargado; trabalhadores marítimos e vigias nacionais que exerçam actividade em barcos de empresas estrangeiras (regime do seguro social voluntário); os bolsiros de investigação científica, abrangidos pelo seguro social voluntário, nas condições estabelecidas para os trabalhadores independentes (Portal da Saúde, 2005a).

*“ Algumas doenças seguem o seu curso e curam-se completamente, seja espontaneamente, seja sob a influência da terapêutica. Todavia, há um certo número de situações que dão lugar a efeitos residuais de curta ou longa duração, deixando as pessoas incapacitadas em maior ou menor grau. Em certas ocasiões uma doença que é habitualmente auto-limitada pode mais tarde dar lugar a uma incapacidade crónica.”* (Mausner & Kramer, 2009:21).

Devido a uma condição de saúde nalgum momento da vida, muitas pessoas experimentam algum tipo de limitação ou incapacidade. A deficiência é uma experiência humana universal (DGS,2004). A Comissão Europeia (2012) recomenda que seja dada prioridade máxima ao acesso aos cuidados de longa duração e aos serviços de apoio. Considera ainda que também é necessário ter em conta a “...compensação das deficiências, a formação e a

*reabilitação, a minimização das consequências económicas e sociais da deficiência e as desigualdades na saúde” (Comissão Europeia, 2012).*

Para prevenir a deficiência e promover a integração das pessoas com deficiência, foi publicada em Portugal a Lei de Bases da Prevenção e Integração das Pessoas com Deficiência, em 1989, que tinha como objectivo:

*“... promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência. Neste Decreto-Lei definiu-se como pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições da capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades normais, tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais dominantes”.*  
(Decreto-Lei nº 9/89, artigo 2º, nº1).

Até 1996 aplicou-se a Tabela Nacional de Incapacidade (TNI) aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro e que tinha como objectivo avaliar o dano em vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais, possibilitando uniformização valorativa a nível nacional (Decreto-Lei nº 202/96).

Em 1996, o Decreto-Lei nº202/96 *“Estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei.”* Neste Decreto-Lei é também estabelecido que as juntas médicas são constituídas nas sub-regiões de saúde, por despacho do delegado regional de saúde e são constituídas pelo delegado sub-regional de saúde, que preside á junta médica e por dois vogais efectivos e dois vogais suplentes. Estes vogais são designados de entre os delegados de saúde, por despacho do delegado de saúde regional.

Em 2003, no Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, foi aprovado o cartão de estacionamento de modelo comunitário para pessoas com deficiência condicionadas na sua

mobilidade com caracter permanente, com grau de incapacidade igual ou superior a 60% e com dificuldade de locomoção na via publica sem auxílio de outrem ou sem recurso a próteses ou ortóteses; em caso de dificuldade no acesso ou utilização dos transportes públicos no caso de deficiência motora ao nível dos membros superiores pessoas com multideficiência profunda (com deficiência referida anteriormente e cumulativamente deficiência sensorial, intelectual ou visual de caracter permanente com grau de incapacidade igual ou superior a 90%) (Decreto-Lei nº 307/2003 de 10/12). Este cartão de estacionamento, emitido pelo Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres IP (IMTT) (anteriormente designada Direcção-Geral de Viação) só pode ser utilizado no veículo que transporte a pessoa com deficiência e permite o estacionamento em locais reservados e em situações excepcionais por períodos curtos noutra local.

Em 2007 foi publicado a Tabela Nacional de Incapacidades, no Decreto-Lei nº 352/2007, e é referido que esta tabela de avaliação é mais abrangente do ponto de vista da avaliação da pessoa segundo os parâmetros da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) estando de acordo com a vontade do governo manifesta no Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade.

Neste Decreto-Lei de 2007, foram publicadas duas tabelas de avaliação de incapacidades, sendo uma direccionada para a protecção dos trabalhadores no domínio particular da sua actividade (no âmbito do direito laboral) – Anexo I e outra tabela direccionada para a reparação do dano em direito civil – Anexo II (Decreto-Lei nº 352/2007 de 23 de Outubro).

Em 2009 foi publicado o Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro, onde é referido que o governo pretende garantir aos cidadãos os beneficios sociais anteriormente adquiridos em avaliação de grau de incapacidade.

*“... nos processos de revisão ou reavaliação o grau de incapacidade resultante da aplicação da TNI vigente à data da avaliação ou da última reavaliação é mantido sempre que, de acordo com declaração da junta médica, se mostre mais favorável ao avaliado.”* (Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro).

A avaliação da incapacidade é calculada actualmente de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de trabalho e Doenças Profissionais, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, rectificada pelo Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro sendo utilizado o anexo I conforme refere o Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro. O grau de incapacidade atribuído atesta a desvalorização sofrida pelo indivíduo, decorrente da sua situação de doença.

*“A cada dano corporal ou prejuízo funcional corresponde um coeficiente expresso em percentagem, que traduz a proporção da perda da capacidade de trabalho resultante da disfunção, como sequela final da lesão inicial, sendo a disfunção total, designada como incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, expressa pela unidade. Os coeficientes ou intervalos de variação correspondem a percentagens de desvalorização, que constituem o elemento de base para o cálculo da incapacidade a atribuir.”* (Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, anexo I, ponto 3 e 4).

O grau de incapacidade obtém-se através das percentagens atribuídas pela TNI, de acordo com as várias disfunções consequentes das várias patologias.

*“Os diversos coeficientes de incapacidade atribuídos são, sucessivamente, adicionados de acordo com o princípio da capacidade restante...”* (Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, anexo I, capítulo I)

As juntas médicas são constituídas no âmbito das administrações regionais de saúde por autoridades de saúde nomeadas por despacho do delegado de saúde regional. Da sua composição fazem parte um presidente, dois vogais efectivos e dois vogais suplentes. O presidente pode ser substituído nas suas faltas e impedimentos, pelo 1º vogal efectivo.

*“Os requerimentos da avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência são dirigidos ao adjunto do delegado regional de saúde e entregues ao delegado de saúde da residência habitual dos interessados, devendo ser acompanhados de*

*relatório médico e dos meios auxiliares de diagnóstico complementares que os fundamentam.*” (Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro, artigo 3º).

Findo o exame, o presidente da junta emite o respectivo atestado médico de incapacidade multiuso que obedece ao modelo aprovado pelo director-geral da Saúde onde se indica qual a percentagem de incapacidade do avaliado (Decreto-Lei nº291/2009 de 12 de Outubro, artigo 4º).

Na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde Cacém-Queluz (ACES X) realizam-se “Juntas Médicas” com o objetivo de atribuir um grau de incapacidade funcional aplicando a TNI, de onde resulta também benefícios fiscais para o indivíduo.

Não conhecemos a auto percepção acerca das alterações individuais no estado de saúde dos utentes que recorrem a “ Junta Médica” no ACES X. A medição do conceito de saúde dos indivíduos pelos próprios indivíduos, ou autoavaliação, pode ser feita recorrendo á utilização de um instrumento de medição de resultados em saúde. Consideramos ser pertinente o tema deste estudo que pretende conhecer a forma como os indivíduos que recorreram a “Junta Médica” na USP do ACES X percebem o seu estado de saúde. Para conhecer esta percepção recorreu-se ao questionário SF-36 (SHORT – FORM 36) que se encontra validado na população portuguesa.

## **1.7 Questão de investigação**

Do conhecimento da situação e da temática, surge a seguinte questão de investigação:

- De que forma é que a percepção de saúde, medida através do SF-36 se relaciona com o grau de incapacidade que é atribuído de acordo com a TNI?

## **1.8 Objectivos**

### **1.8.1 Objectivo geral:**

- Conhecer a auto percepção do estado de saúde dos indivíduos que recorreram a Junta Médica na USP do ACES X, para atribuição de grau de incapacidade entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.

### **1.8.2 Objectivos específicos:**

- a. Caracterizar em termos sociodemográficos os indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- b. Descrever as causas de atribuição de grau de incapacidade nos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- c. Descrever a auto percepção de saúde dos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- d. Descrever as diferentes dimensões da percepção de saúde (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental), nos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- e. Descrever a relação entre as dimensões de auto percepção do estado de saúde e as variáveis de caracterização sociodemográfica dos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- f. Descrever as relações entre as variáveis de caracterização sociodemográfica e o grau de incapacidade atribuído aos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.
- g. Descrever a relação existente entre o grau de incapacidade atribuído em junta médica e as diferentes dimensões de auto percepção do estado de saúde nos indivíduos que recorreram a junta médica entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011.

## 2. Material e métodos

### 2.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo observacional pois é um

*“ Estudo epidemiológico realizado em situações em que não interfere com o curso dos acontecimentos naturais; estudam-se [observam-se e registam-se] as diferenças de distribuição de uma característica, ou atributo, e sua evolução, em relação com as de outra ou outras características e sua (s) evolução (ões) naturais, isto é, sem qualquer interferência do observador.” (Last, 1988:142).*

É um estudo **transversal**, pois todas as medições se dão num determinado momento não existindo um período de seguimento dos indivíduos. É um estudo que:

*“...examina a relação entre doenças (ou outros problemas de saúde) e outras variáveis de interesse tais como elas existem [e se podem constatar e medir] numa população definida, num momento particular do tempo.” (Last, 1988: 62).*

É um estudo analítico pois é:

*“ Um estudo delineado para examinar associações, geralmente supostas ou consideradas, por hipótese, de relação causal. Um estudo analítico tem como objectivo identificar ou medir os efeitos de factores de risco, ou efeitos de exposições específicas sobre a saúde.” (Last, 1988: 26).*

Tem abordagem quantitativa pois os dados são *“...expressos em quantidades numéricas, como as medidas de variáveis contínuas ou as contagens.” (Last, 1988: 165).*

### 2.2 População /Amostra

Utilizou-se neste estudo, como população, todos os indivíduos que recorreram a junta médica na Unidade de Saúde Pública para atribuição de grau de incapacidade entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011. A escolha deste período prendeu-se com o facto de ser o período em que decorreu o início do 2º ano do Curso de Mestrado Saúde e

Desenvolvimento. A escolha deste ACES deveu-se ao facto de ser o local de trabalho da mestranda.

Foram excluídos para efeitos deste estudo todos os indivíduos que:

- Devido á sua situação mental se encontravam incapacitados para assinar o consentimento informado (n=7);
- Menores de 18 anos (n=7);
- Devido á sua situação de défice de visão se encontravam incapacitados para ler e/ou assinar o consentimento informado (n=2);
- Não sabiam ler e escrever (n=2)
- Eram surdos-mudos (n=2);
- Não dominavam a língua Portuguesa (n=2)
- Recusaram participar no estudo (n=18)

### **2.3 Instrumento de recolha de dados**

Para a recolha dos dados, usaram-se dois questionários. Um de caracterização sociodemográfica, desenvolvido especificamente para este estudo e o SF-36 (SHORT-FORM 36) versão 1.0 traduzido e validado para a população portuguesa por José Luís Pais Ribeiro em 2005.

#### **2.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica**

Os dados que permitiram caracterizar a população alvo foram recolhidos através do questionário sociodemográfico (Anexo 3). Para Last, um questionário é

*“ Um conjunto predeterminado de questões (perguntas), utilizado para a recolha de dados – de identificação, clínicos, sociais, ocupacionais, etc. Este termo aplica-se frequentemente a um instrumento de inquérito a preencher pelos inquiridos,...”*  
(Last, 1988:166).

Incluíram-se perguntas fechadas em que “ ...o respondente tem que escolher entre respostas alternativas fornecidas pelo autor.” (Hill. Hill, 2009:93). Hill e Hill (2009:95)

consideram que “...este tipo de questionário é útil quando se pretende obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis.”. Este questionário foi organizado graficamente de forma a facilitar a sua leitura e compreensão dos indivíduos inquiridos.

O questionário foi elaborado recorrendo a consulta de Hill e Hill (2009) e do 4º Inquérito Nacional de Saúde (4º INS) 2005/2006. As questões C, D, H, I, J, K, constam também na caracterização sociodemográfica feita no 4º INS. Foram considerados também neste estudo as definições de conceitos adotadas no 4º INS. Foi feito um pré-teste “...para avaliar a adequação do questionário a utilizar.” (Hill. Hill, 2009:166) a 10 indivíduos que recorreram a junta médica em Setembro e que não fizeram parte da população estudada. O questionário mostrou ser adequado, claro e de fácil compreensão.

### **2.3.2 Questionário SF-36**

Para conhecer a percepção que os indivíduos têm da sua saúde, foi utilizado o Questionário de Estado de Saúde SF-36 versão 1.0, que se encontra validado na população portuguesa. Neste estudo utilizou-se como base teórica o trabalho publicado por Ribeiro (2005)

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida e pode ser aplicado a vários tipos de doenças, tratamentos ou intervenções médicas em diferentes culturas, avaliando as perturbações a nível da saúde percebidos pelo doente, e segundo Ribeiro (2005) baseia-se na percepção que os indivíduos têm da sua própria saúde. Foi criado na década de 80 por Anita Stewart, Ron Hays e John Ware. Encontra-se validado e publicado em Portugal, e segundo Ribeiro (2005) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a Percepção do Estado de Saúde. É utilizado neste estudo por se considerar o mais adaptado aos objetivos deste trabalho. Segundo o mesmo autor, permite-nos conhecer as seguintes dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental.

Segundo Ribeiro (2005), o SF-36 permite caracterizar a componente física, resultante do agrupamento das dimensões funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e

percepção de saúde e a componente mental resultante do agrupamento das dimensões vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional.

O cálculo da pontuação em cada dimensão e componente foi feito de acordo com o autor supracitado.

## 2.4 Variáveis em estudo

Last (1988:196) considera que “...variável é qualquer quantidade que varia [de valor]; qualquer atributo, fenómeno ou acontecimento que possa ter diferentes valores.”.

### 2.4.1. Variáveis dependentes

“...a variável dependente é uma variável cujo valor depende do efeito de outra ou outras variáveis (variáveis independentes) na relação em estudo” (...) “... é uma manifestação do resultado cuja variação se pretende explicar, ou responsabilizar, pela influência das variáveis independentes” (Last, 1988:69).

A tabela 1 apresenta a operacionalização das variáveis dependentes deste estudo.

Tabela 1 – Operacionalização das variáveis dependentes

Nome da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Domínio
Funcionamento físico	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Desempenho físico	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Dor corporal	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Percepção geral de saúde	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Vitalidade	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Funcionamento social	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Desempenho emocional	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Saúde mental	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Componente física	Quantitativa	Numérica	0 a 100
Componente mental	Quantitativa	Numérica	0 a 100

## 2.4.2. Variáveis Independentes

Last (1988) considera

*“...variável independente a característica que é observada, ou medida, e que se supõe (por hipótese) influenciar um dado acontecimento ou manifestação (designado por variável dependente) no âmbito da área de relações de estudo; isto é, a variável independente não é influenciada pelo acontecimento ou manifestação, mas pode causá-lo ou contribuir para a sua variação.”* (Last, 1988:107)

Neste estudo considerou-se uma como variável independente principal: o grau de incapacidade atribuído aos indivíduos em junta medica (Tabela 2).

**Tabela 2 – Operacionalização da variável grau de incapacidade**

Nome da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Domínio
Grau de incapacidade	Quantitativa	Numérica	0 a 100

## 2.4.3. Outras variáveis

Para Aguiar,

*“ Um tipo de variáveis independentes de grande importância para a investigação epidemiológica são as chamadas variáveis de confundimentos – confounding variables – que geralmente são variáveis de caracterização dos indivíduos como o sexo e o grupo etário...”* (Aguiar 2007:67).

Consideraram-se neste caso, as variáveis de caracterização sociodemográfica (Tabela 3).

**Tabela 3- Operacionalização das variáveis sociodemográficas**

Nome da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Domínio
Idade	Quantitativa	Numérica	Maiores de 18 anos
Sexo	Quantitativa	Nominal	<b>1</b> -masculino <b>2</b> -feminino

Nome da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Domínio
Estado civil legal	Quantitativa	Ordinal	1-solteiro;2-casado;3-separado;4-divorciado;5-viuvo
Viver conjugalmente	Quantitativa	Nominal	1-sim;2-não
Viver numa instituição	Quantitativa	Nominal	1-sim;2-não
Ter apoio domiciliário	Quantitativa	Nominal	1-sim;2-não
Tipo de apoio domiciliário	Quantitativa	Nominal	1-alimentação;2-higiene pessoal;3-higiene habitação;4-outro
Naturalidade	Quantitativa	Nominal	1-Portugal;2-outro
Nível de escolaridade	Quantitativa	Ordinal	1-nenhum;2-1ºciclo;3-2ºciclo;4-3ºciclo;5-secundario;6-pós sec;7-bacharelato;8-licenciatura;9-mestrado;10-doutoramento
Profissão	Quantitativa	Nominal	0-Profissões das forças armadas; 1- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos, 2- Especialistas das actividades intelectuais e científicas; 3- Técnicos e profissões de nível intermédio;4- Pessoal administrativo; 5- Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores;6- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e floresta; 7- Trabalhadores qualificados da industria, construção e artifices; 8- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9- Trabalhadores não qualificados
Ocupação nas duas últimas semanas	Quantitativa	Nominal	1-sim;2-não
Doença que motivou junta medica	Quantitativa	Nominal	<b>Neoplasias:</b> (1- Neoplasia ginecológica; 2- Neoplasia mama;3- Neoplasia nefro-urológica;4- Neoplasia gastrointestinal; 5- Neoplasia pele e mucosas;6- Neoplasia sistema nervoso; 7- Neoplasia hematológica; 8- Neoplasia sistema respiratório;9- Neoplasia endocrinológica; 10- Outra neoplasia; 11- Neoplasia não especificada). <b>Doenças não neoplásicas:</b> (12- Doença oftalmológica;13- Doença cardiovascular;14- Doença neurológica;15- Doença psiquiátrica;16- Doença ortopédica;17- Outra doença não neoplásica)
Data de diagnóstico da doença	Quantitativa	Ordinal	1- ≤1ano; 2 - 1-≤2 anos;3- 2-≤3 Anos;4- 3-≤4 anos; 5- 4-≤5 anos;6-5-≤6 anos;7-6-≤7 anos;8- 7-≤8 anos;9- 8-≤9 anos;10- 9-≤10 anos;11-> 10 anos

## **2.5 Análise dos dados**

Os dados recolhidos foram registados informaticamente usando o programa informático “Microsoft Office Excel”. Posteriormente os dados foram trabalhados recorrendo a tratamento estatístico realizado no programa Microsoft Office Excel e SPSS (Statistical Package for Social Sciences – versão 20.0).

Na descrição de variáveis numéricas foram determinadas as frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central: média aritmética ( $\bar{x}$ ), mediana (Md) e moda (Mo) e medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (s), 1º e 3º quartil, amplitude quartil (AQ), Máximo e Mínimo. (Aguiar 2007).

Utilizou-se o coeficiente de Spearman para análise da relação entre variáveis numéricas (Aguiar 2007).

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para analisar a associação entre uma variável categórica com duas categorias e uma variável numérica (Aguiar 2007).

Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para analisar a associação entre uma variável categórica com mais que duas categorias e uma variável numérica (Aguiar 2007).

## **2.6 Implementação**

Este estudo foi realizado na região da Grande Lisboa, no ACES X Cacém-Queluz, na Unidade de Saúde Pública (USP), por conveniência do investigador, uma vez que é o seu local de trabalho.

Os questionários foram aplicados após os utentes serem submetidos a junta médica, ou seja, no fim de todo o processo para atribuição de grau de incapacidade. Considerou-se este o melhor momento uma vez que neste momento já se conhecia o grau de incapacidade atribuído.

Numa primeira abordagem oral aos indivíduos seleccionados, para além da apresentação pessoal do investigador, foram explicados os objectivos do estudo e apurada a

disponibilidade e vontade dos indivíduos para participar neste estudo, salientando o carácter voluntário desta participação. Nesta abordagem foi sumariamente dito em que consistia este estudo. Utilizou-se a sala de reuniões/biblioteca do Centro de Saúde situada no mesmo piso, para evitar mais deslocações. O investigador esteve sempre presente durante o preenchimento dos questionários para esclarecimento de qualquer dúvida.

A recolha de dados decorreu entre 01-10-2011 e 31-12-2011, e foram aplicados 60 questionários. Foi excluído 1 questionário devido a erro de preenchimento. Trataram-se neste estudo os dados recolhidos em 59 questionários.

## **2.7 Implicações éticas/ responsabilidade do investigador**

Não existindo Conselho de Ética na instituição onde se procedeu à recolha dos dados, foi solicitada autorização à Direção do ACES para se efectuar este estudo; esta autorização foi concedida em tempo útil (Anexo 1).

Foi solicitado ao Comité de Ética do IHMT apreciação e autorização para realização deste estudo, cujo parecer foi favorável.

Foi sempre apresentado aos indivíduos o consentimento informado (Anexo 2), e em casos de dúvidas foi lido e explicado individualmente. Foi garantido o carácter voluntário de participação na pesquisa e a confidencialidade dos dados recolhidos. Os questionários foram aplicados na sala de reuniões do serviço, resguardando o respondente e garantindo a sua privacidade. O investigador manteve-se presente para esclarecimento de dúvidas de interpretação ou de forma de preenchimento. Este esclarecimento foi feito de forma individual.

Só foram considerados neste estudo os questionários cujos indivíduos assinaram o consentimento informado concordando também com o preenchimento dos dois questionários propostos. Todos os dados recolhidos através dos questionários foram mantidos confidenciais. Os dados recolhidos foram apenas utilizados para fins académicos

de investigação, para elaboração de tese de mestrado para a obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento.

A responsabilidade deste estudo é do investigador. Apenas o investigador tem acesso aos dados integrais que permitem este estudo, fora da instituição onde decorre o estudo.

As conclusões a que este estudo permitiu chegar, foram comunicadas à Direção do ACES onde foi realizado o estudo.

### 3. Resultados

#### 3.1 Caracterização sociodemográfica

Em média, os indivíduos questionados tinham 55 anos de idade sendo que o mais novo tinha 20 anos e o mais velho 77 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Medidas de tendência central e dispersão para a variável idade em anos (N=59).

Idade	
Media (desvio padrão)	54,5(14,3)
Mediana (amplitude quartil)	58(21)
Moda	62
Máximo	77
Mínimo	20
1ºquartil	45,5
3ºquartil	66,5

A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (54,2%; n=32), sendo que 45,8% (n=27) era do sexo masculino. A maior parte dos indivíduos do estudo (64,4%; n=38) responderam que eram casados (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos indivíduos por estado civil legal – contagem e frequência relativa

Estado civil legal	Contagem (n)	Frequência relativa (%)
Solteiro	8	13,6
Casado	38	64,4
Divorciado	10	16,9
Viúvo	3	5,1
Total	59	100,0

Dos indivíduos inquiridos, 71,2% (n=42) viviam conjugalmente com alguém e 28,8% (n=17) não viviam conjugalmente com ninguém.

Dos 59 indivíduos inquiridos, 94,9% (n=56) tinham naturalidade Portuguesa e 5,1% (n=8) tinham outra naturalidade.

Sessenta e nove vírgula cinco por cento (n=41) dos indivíduos tinham um nível de escolaridade correspondente ao ensino secundário ou menos (Tabela 6).

**Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos por nível de escolaridade frequentado – contagem (n), frequência relativa (%) e frequência acumulada.**

<b>Nível de escolaridade frequentado</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>	<b>Frequência acumulada (%)</b>
1º Ciclo	15	25,4	25,4
2º Ciclo	2	3,4	28,8
3º Ciclo	9	15,3	44,1
Ensino secundário	15	25,4	69,5
Bacharelato	7	11,9	81,4
Licenciatura	10	16,9	98,3
Mestrado	1	1,7	100,0
Total	59	100,0	

O grande grupo profissional mais representado nos indivíduos inquiridos foi o grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores com 28,8% (n=17) (Tabela 7).

**Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos por Grande Grupo Profissional – contagem (n), frequência relativa (%).**

<b>Grandes Grupos Profissionais</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Profissões das forças armadas	1	1,7
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	11	18,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	7	11,9
Pessoal administrativo	13	22,0
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	17	28,8
Trabalhadores qualificados da industria, construção e artificies	4	6,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	3,4
Trabalhadores não qualificados	4	6,8
Total	59	100,0

Nas duas últimas semanas, 44,1% (n=26) dos indivíduos referiram estar reformados, 27,1% (n=16) ter exercido uma profissão ou um trabalho mesmo que não remunerado e 16,9% (n=10) ter estado doentes desde há 3 meses ou mais (Tabela 8).

**Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos por ocupação nas duas últimas semanas – contagem (n), frequência relativa (%).**

<b>Ocupação nas duas últimas semanas</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Exerce uma profissão ou tem um trabalho	16	27,1
Estudante	2	3,4
Ocupa-se das tarefas domésticas	2	3,4
Desempregado há menos de um ano	1	1,7
Desempregado há um ano e mais	1	1,7
Reformado	26	44,1
Doente há três meses ou mais	10	16,9
Doente há menos de 3 meses	1	1,7
Total	59	100,0

Todos os inquiridos responderam que não viviam numa instituição (100%, n=59).

Nenhum dos indivíduos estudados tinha apoio de qualquer tipo de instituição (100%, n=59).

### **3.2 Motivos que levaram a pedido de atribuição de grau de incapacidade**

A grande maioria dos indivíduos que solicitaram atribuição de grau de incapacidade, fizeram-no devido a doença neoplásica (74,5%, n=44). Os outros indivíduos do estudo (25,4%, n=15) referiram que recorreram a junta medica para atribuição de grau de incapacidade devido a outro tipo de doença.

Dentro das doenças neoplásicas a que suscitou maior número de pedidos foi a neoplasia da mama (20,3%, n= 12) (Tabela 9).

**Tabela 9 - – Distribuição dos indivíduos por doenças que motivaram pedido de atribuição de grau de incapacidade – contagem e frequência relativa**

<b>Doenças neoplásicas que motivaram pedido de grau de incapacidade</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Neoplasia ginecológica	3	5,1
Neoplasia mama	12	20,3
Neoplasia nefro-urológica	7	11,9
Neoplasia gastrointestinal	8	13,6
Neoplasia pele e mucosas	4	6,8
Neoplasia hematológica	2	3,4
Neoplasia sistema respiratório	2	3,4
Neoplasia endocrinológica	2	3,4
Outras neoplasias	3	5,1
Neoplasia não especificada	1	1,7
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>74,7</b>
<b>Outras doenças que motivaram pedido de grau de incapacidade</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Doença oftalmológica	2	3,4
Doença neurológica	4	6,8
Doença psiquiátrica	1	1,7
Doença ortopédica	5	8,5
Outras doenças	3	5,1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>25,5</b>

A maior parte dos indivíduos referiu que a doença que motivou atribuição de grau de incapacidade lhe tinha sido diagnosticada há 1 ano ou menos de 1 ano (54,2%, n=32) (Tabela 10).

**Tabela 10 – Distribuição dos indivíduos por tempo de diagnóstico de doença que motivou pedido de atribuição de grau de incapacidade - contagem e frequência relativa**

<b>Tempo de diagnóstico de doença</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>	<b>Frequência acumulada (%)</b>
1 ano ou menos de 1 ano	32	54,2	54,2
2	5	8,5	62,7
3	3	5,1	67,8
4	1	1,7	69,5

<b>Tempo de diagnóstico de doença</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>	<b>Frequência acumulada (%)</b>
5	1	1,7	71,2
6	1	1,7	72,9
7	2	3,4	76,3
8	1	1,7	78,0
10	1	1,7	79,7
Mais de 10 anos	12	20,3	100,0
Total	59	100,0	

A média do grau de incapacidade atribuído foi de 64,5%, sendo que o grau de incapacidade atribuído mais baixo foi de 10% e o mais elevado foi de 97% (Tabela 11).

**Tabela 11 - Medidas de tendência central e dispersão para o grau de incapacidade atribuído (N=59), em percentagem.**

<b>Grau de incapacidade atribuído</b>	
Media (desvio padrão)	64,5(18,59)
Mediana (amplitude quartil)	60 (18,5)
Moda	60
Máximo	97
Mínimo	10
1ºquartil	60
3ºquartil	78,5

### **3.3 Auto percepção do estado de saúde**

Neste estudo, a maior parte dos indivíduos classificou a sua saúde como fraca ou razoável (66,1%, n=39), sendo que 30,5% (n=18) classificaram a sua saúde como fraca (Tabela 12).

**Tabela 12 - Distribuição dos indivíduos inquiridos conforme a sua percepção do estado de saúde – contagem (n), frequência relativa (%) e frequência acumulada.**

<b>Auto percepção do estado de saúde</b>	<b>Contagem (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>	<b>Frequência acumulada (%)</b>
Fraca	18	30,5	30,5
Razoável	21	35,6	66,1
Boa	15	25,4	91,5
Muito boa	2	3,4	94,9
Óptima	3	5,1	100,0
Total	59	100,0	

### 3.3.1 As dimensões do questionário SF-36

Os indivíduos inquiridos apresentaram uma pontuação positiva (> 50%) nas dimensões funcionamento físico, dor corporal, saúde mental e funcionamento social. O desempenho físico, a percepção geral da saúde, vitalidade e desempenho emocional tinham, em média, pontuação negativas (< 50%). O desempenho emocional era a dimensão com pior pontuação média, e o funcionamento social era aquele que apresentava melhor pontuação (Tabela 13).

**Tabela 13 - Medidas de tendência central e dispersão para as dimensões do questionário SF-36**

Dimensões do questionário SF-36									
	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor corporal	Percepção geral saúde	Vitalidade	Funcionamento social	Desempenho emocional	Saúde mental	
Media (desvio padrão)	52,9 (27,8)	36,4 (40,3)	57,4 (30,3)	47,6 (24,0)	46,1 (25,9)	65,0 (28,89)	45,2 (48,2)	58,0 (24,9)	
Mediana (amplitude quartil)	45,0 (55,0)	25,0 (75,0)	52,0 (52,0)	50,0 (42,0)	50,0 (40,0)	75,0 (50,0)	33,3 (100,0)	64,0 (44,0)	
Moda	45,0	0	100,0	15,0 <sup>a</sup>	45,0 <sup>a</sup>	87,5 <sup>a</sup>	0	92,0	
Mínimo	0	0	0	5,0	0	0	0	16,0	
Máximo	100,0	100,0	100,00	100,0	100,0	100,0	100,0	92,0	
Quartis	1°	35,0	0	32,0	25,0	25,0	37,5	0	36,0
	3°	80,0	75,0	84,0	67,0	65,0	87,5	100,0	80,0

a. Existem várias modas. É mostrado o menor valor.

Nos indivíduos inquiridos verificou-se uma pontuação menor e negativa (<50) na componente física comparativamente com a componente mental (Tabela 14).

**Tabela 14 – Medidas de tendência central e dispersão para as componentes do questionário SF-36**

Componentes do questionário SF-36			
	Componente Física	Componente Mental	
Media (desvio padrão)	48,6 (23,0)	53,6 (28,3)	
Moda	25,2	7,1 <sup>a</sup>	
Mínimo	9,2	7,1	
Máximo	95,5	98,0	
Quartis	1°	28,5	25,6
	3°	67,7	81,5

a. Existem várias modas. É mostrado o menor valor.

### 3.4 Análise da variação do grau de incapacidade

Nos indivíduos inquiridos verificou-se que não existiu relação entre o grau de incapacidade e a idade (Spearman  $r = 0,087$ ;  $p = 0,51$ ).

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para averiguar a relação existente entre o grau de incapacidade e o sexo dos indivíduos, viver conjugalmente e ter tido ocupação nas duas últimas semanas. Em nenhuma situação se verificou relação ( $p > 0,05$ ) (Tabela 15).

**Tabela 15 – Teste de Mann-Whitney para o grau de incapacidade e as variáveis sexo, viver conjugalmente e ter tido ocupação nas duas últimas semanas.**

		Contagem (n)	Media das ordens	Mann-Whitney	Valor de p
Sexo	Masculino	27	34,39	313,50	0,06
	Feminino	32	26,30		
	Total	59			
Viver conjugalmente	Sim	42	29,94	354,50	0,97
	Não	17	30,15		
	Total	59			
Teve ocupação nas últimas duas semanas	Sim	20	24,88	287,50	0,09
	Não	39	32,63		
	Total	59			

Para saber até que ponto existia uma associação entre o grau de incapacidade e o nível de escolaridade, aplicou-se o teste de Kruskal Wallis. Não se observou associação entre esta variável e o grau de incapacidade atribuído ( $p > 0,05$ ) (Tabela 16).

**Tabela 16 – Teste de de Kruskal Wallis entre o grau de incapacidade e o nível de ensino frequentado.**

		Contagem (n)	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p
Nível de ensino frequentado	1º Ciclo	15	30,20	1,44	0,96
	2º Ciclo	2	32,75		
	3º Ciclo	9	29,11		
	Ensino secundário	15	29,33		
	Bacharelato	7	35,86		
	Licenciatura	10	27,70		
	Mestrado	1	21,50		
	Total	59			

Verificou-se que existia associação negativa entre o grau de incapacidade e o funcionamento físico (Spearman  $r=-0,438$ ;  $p < 0,01$ ); quanto maior o grau de incapacidade atribuído, pior o funcionamento físico.

Relativamente ao desempenho físico, este diminuiu quando o grau de incapacidade aumentou, numa associação negativa (Spearman  $r=-0,430$ ;  $p < 0,01$ ).

A dor corporal tinha uma associação negativa com o grau de incapacidade, sendo que um grau de incapacidade mais elevado era acompanhado de um valor mais baixo de dor (Spearman  $r=-0,361$ ;  $p < 0,01$ ).

A percepção geral de Saúde diminuiu quando aumentou o grau de incapacidade, numa associação negativa (Spearman  $r=-0,361$ ;  $p < 0,01$ ).

A vitalidade diminuiu quando o grau de incapacidade foi mais elevado, numa associação negativa (Spearman  $r=-0,445$ ;  $p < 0,01$ ).

O funcionamento social diminuiu quando aumentou o grau de incapacidade, numa associação negativa (Spearman  $r=-0,332$ ;  $p < 0,01$ ).

O desempenho emocional diminuiu quando aumentou o grau de incapacidade (Spearman  $r=-0,430$ ;  $p < 0,01$ ).

A saúde mental apresentou relação com o grau de incapacidade (Spearman  $r=-0,279$ ;  $p < 0,05$ ). O grau de incapacidade variou com a dimensão saúde mental; maior grau de incapacidade correspondeu a pior saúde mental.

Pretendeu-se perceber até que ponto existia associação entre o grau de incapacidade, a componente física e a componente mental. Verificou-se que existia relação negativa entre a componente física e o grau de incapacidade, sendo que grau de incapacidade mais elevado correspondeu a piores valores na componente física ( $r= -0,571$ ;  $p < 0,01$ ). Entre a componente mental e o grau de incapacidade verificou-se relação negativa, sendo que quanto mais elevado o grau de incapacidade, menores valores apresentou a componente mental ( $r= -0,437$ ;  $p < 0,01$ ).

### 3.5 Análise de potenciais confundimentos para as dimensões da percepção de saúde

Pretendeu-se perceber a relação existente entre as variáveis idade, sexo feminino, viver conjugalmente com alguém, ter tido uma ocupação nas últimas duas semanas e as percepções de saúde dos indivíduos.

Em relação à idade, não se verificou qualquer relação com as dimensões do questionário SF-36 (Tabela 17).

**Tabela 17 – Correlação de Spearman para a idade e as dimensões do questionário SF-36.**

	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor corporal	Percepção geral de saúde	Vitalidade	Funcionamento social	Desempenho emocional	Saúde mental
Coefficiente correlação	0,163	0,132	-0,017	0,016	0,015	0,204	0,176	0,101
Valor de p	0,218	0,317	0,895	0,904	0,912	0,120	0,182	0,447

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para se perceber se existia diferença entre os indivíduos do sexo masculino e feminino, no que diz respeito à sua relação com as dimensões do SF-36. Nos indivíduos inquiridos verificou-se que a média das ordens no sexo feminino é maior na percepção geral da saúde, vitalidade, funcionamento social e desempenho emocional. No entanto estas diferenças não eram estatisticamente significativas pois o valor de p foi sempre maior que 0,05 (Tabela 18). Verificou-se assim homogeneidade entre as dimensões do SF-36 em homens e mulheres.

**Tabela 18 - Teste de Mann-Whitney para o sexo em relação às dimensões do SF-36**

	Sexo	Contagem (n)	Media das ordens	Mann-Whitney	Valor de p
Funcionamento físico	Masculino	27	30,13	428,50	0,96
	Feminino	32	29,89		
Desempenho físico	Masculino	27	31,98	378,50	0,39
	Feminino	32	28,33		
Dor corporal	Masculino	27	32,11	375,00	0,38
	Feminino	32	28,22		

	Sexo	Contagem (n)	Media das ordens	Mann-Whitney	Valor de p
Percepção geral de saúde	Masculino	27	28,13	381,50	0,44
	Feminino	32	31,58		
Vitalidade	Masculino	27	29,89	429,00	0,96
	Feminino	32	30,09		
Funcionamento social	Masculino	27	29,87	428,50	0,96
	Feminino	32	30,11		
Desempenho emocional	Masculino	27	29,85	428,000	0,95
	Feminino	32	30,13		
Saúde mental	Masculino	27	30,56	417,000	0,82
	Feminino	32	29,53		

O nível de escolaridade apresentou médias de classificações diferentes para as dimensões do SF-36, com nível de significância elevados, não revelando diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e as dimensões do questionário SF-36. Assim, concluiu-se não haver evidência estatística entre o nível de escolaridade e as dimensões do questionário SF-36 (Tabela 19).

Tabela 19 - - Teste Kruskal Wallis para o nível de escolaridade em relação às dimensões do questionário SF-36

Nível de ensino frequentado	Funcionamento físico				Desempenho físico			Dor corporal			Percepção geral de saúde		
	Contag em (n)	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p
1º Ciclo	15	33,33	8,05	0,23	31,00	3,95	0,68	29,07	7,21	0,30	29,27	8,05	0,23
2º Ciclo	2	9,75			13,50			7,00			36,75		
3º Ciclo	9	25,89			30,00			26,11			24,17		
Ensino secundário	15	25,10			28,20			34,60			24,27		
Bacharelato	7	34,07			27,29			28,36			36,57		
Licenciatura	10	38,15			35,45			31,45			36,20		
Mestrado	1	21,00			39,50			53,00			58,00		
Nível de ensino frequentado	Vitalidade				Funcionamento social			Desempenho emocional			Saúde mental		
	Contag em (n)	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p	Media das ordens	Qui-quadrado	Valor de p
1º Ciclo	15	30,57	7,01	0,32	32,53	7,15	0,30	27,93	5,67	0,46	31,93	5,43	0,49
2º Ciclo	2	4,50			5,50			15,00			17,75		
3º Ciclo	9	28,28			26,11			25,67			26,00		
Ensino secundário	15	29,80			29,50			31,07			27,10		
Bacharelato	7	31,71			32,14			31,14			36,14		
Licenciatura	10	32,35			31,45			35,90			30,55		
Mestrado	1	55,50			54,00			47,00			56,50		

Os indivíduos que viviam conjugalmente com alguém apresentaram médias das ordens inferiores às dos indivíduos que não viviam conjugalmente. No entanto, estas diferenças apenas assumem relevância estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) nas dimensões percepção geral de saúde, dor corporal, e desempenho emocional (Tabela 20).

**Tabela 20 - Teste de Mann-Whitney para a variável viver conjugalmente com alguém e as dimensões do SF-36.**

	Viver conjugalmente com alguém	Contagem (n)	Media das ordens	Mann-Whitney	Valor de p
Funcionamento físico	Sim	42	28,38	289,00	0,26
	Não	17	34,00		
Desempenho físico	Sim	42	28,23	282,50	0,19
	Não	17	34,38		
Dor corporal	Sim	42	26,98	230,00	0,03
	Não	17	37,47		
Percepção geral de saúde	Sim	42	25,29	159,00	0,00
	Não	17	41,65		
Vitalidade	Sim	42	27,36	246,00	0,06
	Não	17	36,53		
Funcionamento social	Sim	42	28,14	279,00	0,19
	Não	17	34,59		
Desempenho emocional	Sim	42	27,24	241,00	0,03
	Não	17	36,82		
Saúde mental	Sim	42	27,70	260,50	0,11
	Não	17	35,68		

Os indivíduos que tiveram ocupação nas últimas duas semanas apresentaram médias das ordens superiores às dos indivíduos que não tiveram ocupação nas últimas duas semanas. As diferenças têm relevância estatística na dimensão funcionamento físico ( $p < 0,05$ ) (Tabela 21).

**Tabela 21 -- Teste de Mann-Whitney para a variável ter tido ocupação nas últimas duas semanas e as dimensões do SF-36.**

	Teve ocupação nas últimas duas semanas	Contagem (n)	Media das ordens	Mann-Whitney	Valor de p
Funcionamento físico	Sim	20	36,83	253,50	0,03
	Não	39	26,50		
Desempenho físico	Sim	20	33,28	324,50	0,27
	Não	39	28,32		
Dor corporal	Sim	20	35,93	271,50	0,06
	Não	39	26,96		
Percepção geral de saúde	Sim	20	35,90	272,00	0,06
	Não	39	26,97		
Vitalidade	Sim	20	35,25	285,00	0,09
	Não	39	27,31		
Funcionamento social	Sim	20	32,15	347,00	0,49
	Não	39	28,90		
Desempenho emocional	Sim	20	32,70	336,00	0,38
	Não	39	28,62		
Saúde mental	Sim	20	32,70	336,00	0,39
	Não	39	28,62		

#### **4. Conclusões**

O questionário SF-36 foi aplicado a 59 indivíduos que recorreram a junta médica para atribuição de grau de incapacidade, no período de tempo compreendido entre Outubro e Dezembro de 2011. A idade média dos indivíduos foi 55 anos, sendo que 54,2% eram do sexo feminino; 71,2% viviam conjugalmente com alguém, 94,9% tinham naturalidade Portuguesa; 69,5% tinham um nível de escolaridade correspondente ao ensino secundário ou menos. O grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores foi o mais representado com 28,8%; 44,1% dos indivíduos referiram estar reformados, 27,1% ter exercido uma profissão ou um trabalho mesmo que não remunerado e 16,9% ter estado doentes desde há 3 meses ou mais.

Setenta e quatro vírgula cinco indivíduos que solicitaram atribuição de grau de incapacidade fizeram-no devido a doença neoplásica, sendo a neoplasia da mama a mais referida com 20,3%. Cinquenta e quatro vírgula dois indivíduos referiram que a doença que motivou pedido de grau de incapacidade lhe tinha sido diagnosticada há 1 ano ou menos de 1 ano. A média do grau de incapacidade atribuído foi de 64,5%.

A maior parte dos indivíduos classificou a sua saúde como fraca ou razoável (66,1%), sendo que 30,5% classificaram a sua saúde como fraca. Nas dimensões do SF-36, o desempenho emocional foi a dimensão com pior pontuação média, e o funcionamento social foi aquela que apresentou melhor pontuação. Desta forma pode considerar-se que o desempenho emocional foi mais afectado devido à doença sofrida pelos indivíduos. Relativamente às componentes do SF-36, verificou-se uma pontuação menor e negativa (<50) na componente física comparativamente com a componente mental, mostrando ser a componente física a mais afectada.

Não se observou relação entre o grau de incapacidade e as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com alguém, nível de escolaridade e ter ocupação nas últimas duas semanas. Também não se verificou relação entre as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com

alguém, nível de escolaridade, ter tido uma ocupação nas últimas duas semanas e as percepções de saúde dos indivíduos.

Verificou-se homogeneidade na pontuação para as dimensões do SF-36 em homens e mulheres; a percepção de saúde foi idêntica em homens e mulheres.

Nos indivíduos que responderam que viviam conjugalmente com alguém observou-se percepção mais positiva nas dimensões percepção geral de saúde, dor corporal, e desempenho emocional.

Ter tido ocupação nas duas últimas semanas relacionou-se com melhor funcionamento físico, nestes indivíduos.

Verificou-se que quanto maior o grau de incapacidade atribuído, pior o funcionamento físico, pior o desempenho físico, diminuição da percepção geral de Saúde e da vitalidade, pior funcionamento social, pior o desempenho emocional e pior a saúde mental. A dimensão dor corporal apresentou valores mais baixos em indivíduos com grau de incapacidade mais elevado.

Verificou-se que maior grau de incapacidade atribuído correspondeu a pontuação mais baixa na componente física e na componente mental.

## 5. Discussão

Os indivíduos deste estudo recorreram a junta médica para atribuição de um grau de incapacidade em consequência de patologia que afectou a sua condição de saúde. Foi utilizada a Tabela Nacional de Incapacidade para a atribuição de grau de incapacidade, em junta médica.

Foi objectivo deste estudo conhecer a percepção de saúde nos indivíduos que recorreram a junta medica para atribuição de grau de incapacidade, no período de tempo compreendido entre Outubro e Dezembro de 2011. Utilizou-se o questionário SF-36 que foi aplicado a 59 indivíduos.

A análise da questão “ Em geral, como diria que a sua saúde é”, pretendeu perceber se as respostas dadas pelos indivíduos deste estudo eram ou não semelhantes à questão colocada no 4ºINS também ela semelhante à questão 1 do SF-36 (a questão do INS varia entre Muito Bom, Bom, Razoável, Mau e Muito Mau.).

No 4º INS em 2005, 32,7% da população residente em Portugal avaliou o seu estado de saúde como razoável; no presente estudo 35,6% consideraram a sua saúde razoável. No 4º INS 13,9 % considerava o seu estado de saúde como mau ou muito mau; neste estudo 30,5% consideraram a sua saúde fraca. Estas diferenças na percepção de saúde dos indivíduos inquiridos neste estudo poderão dever-se ao facto de se encontrarem numa situação de doença estando a solicitar avaliação de grau de incapacidade

Neste estudo foi possível observar que o grau de incapacidade atribuído recorrendo a TNI, incidiu essencialmente sobre indivíduos com doença neoplásica (74,5%), sendo que a maior parte dos indivíduos referiu que a doença que motivou atribuição de grau de incapacidade lhe tinha sido diagnosticada há 1 ano ou menos de 1 ano (54,2%).

Esta realidade pode dever-se ao facto de não existir em Portugal o Estatuto do Doente Crónico, nem uma Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidades da Saúde. Segundo a petição pública nº41/XII/1 apresentada na Assembleia da Republica, foi solicitada a

criação e aprovação de Estatuto de Doente Crónico e da Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde encontrando-se em apreciação. (Gabinete do Provedor da Justiça, 2012).

O Provedor da Justiça Português (Alfredo José de Sousa) considerou em Fevereiro de 2012 que a Tabela Nacional de Incapacidades não era adequada para a avaliação das pessoas com deficiência (Gabinete do Provedor da Justiça, 2012).

Em 22 de Fevereiro de 2012, por iniciativa do Provedor da Justiça, foi aberto um processo para o estudo do regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência.

*“ ... para efeitos de acesso a medidas e benefícios estabelecidos na lei para facilitar a sua plena participação na comunidade, em particular a aplicação da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI) para o cálculo e fixação do grau de incapacidade.”* (Gabinete do Provedor da Justiça, 2012).

É referido neste processo que a TNI foi criada para medir incapacidades decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Desta forma, não é considerado o *“instrumento adequado”* para avaliar indivíduos portadores de deficiência.

Por este motivo, o Provedor da *Justiça*

*“...sugeriu ao Ministro da Solidariedade e da Segurança Social e ao Ministro da Saúde que, em articulação, ponderassem a adoção de uma regulamentação específica que permita ultrapassar estes constrangimentos, através da criação de uma nova tabela que permita a correta avaliação das incapacidades da pessoa portadora de deficiência, sem que para tanto se tenha de recorrer de forma adaptada a uma tabela que foi manifestamente perspectivada para outro fim.”* (Gabinete do Provedor da Justiça, 2012).

Considera o Provedor da Justiça que países com ordenamentos jurídicos com o qual o nosso país se identifica como o espanhol e o francês recorrem a tabelas próprias para

avaliação da incapacidade com a finalidade de atribuírem e reconhecerem direitos e benefícios.

Os determinantes de saúde como a idade, o sexo, viver conjugalmente com alguém (ou estado civil), nível de escolaridade e ocupação (classe social) influenciam a saúde dos indivíduos. Após análise dos dados recolhidos neste estudo, não se observou relação entre o grau de incapacidade atribuído e as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com alguém, nível de escolaridade e ter tido ocupação nas últimas duas semanas. No entanto, também não se verificou relação entre as variáveis idade, sexo, viver conjugalmente com alguém, ter tido uma ocupação nas últimas duas semanas e as percepções de saúde dos indivíduos. Estes resultados permitem perceber que os determinantes de saúde aqui considerados não influenciaram a atribuição do grau de incapacidade, e também não alteraram a percepção que os indivíduos tinham da sua saúde.

Verificou-se que a atribuição de um grau de incapacidade mais elevado correspondeu à diminuição no funcionamento físico, desempenho físico, percepção geral de saúde, vitalidade, funcionamento social e desempenho emocional dos indivíduos. Este resultado está de acordo com os estudos que apontam estas dimensões como susceptíveis de serem afectadas na presença de incapacidade.

No entanto verificou-se que quanto maior a dor corporal, mais baixo o grau de incapacidade atribuído. A dor é considerada o 5º sinal vital a par dos outros quatro sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura. A sua importância torna-se inquestionável.

*“Todos os tipos de dor induzem sofrimento frequentemente intolerável, mas evitável, que se reflecte negativamente na qualidade de vida dos doentes (...) a dor é um fenómeno complexo e com variantes multidimensionais (bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais) (...) pode provocar incapacidade, embora seja difícil avaliá-la, uma vez que, frequentemente, não é objectivável através de exames complementares.”* (Portal da Saúde, 2005b).

A dor é auto-avaliada, ou seja a sua intensidade é avaliada pelo doente em colaboração com o profissional de saúde, recorrendo a escalas validadas a nível internacional. Embora a dor não seja objectável através de exames complementares, pode ser avaliada e deve ser alvo de atenção pois é causa de incapacidade. A dor, principalmente a dor crónica pode estar presente quando não existe uma lesão objectivável, podendo também persistir após cura da lesão que lhe deu origem (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008).

Na União Europeia, o estudo da Commission's Health and Consumer Protection Directorate General, realizado antes do alargamento a 27 países, refere que 25% dos indivíduos europeus referiam dor localizada nos músculos, nas articulações, coluna lombar e pescoço. Estas dores comprometiam a sua capacidade para executar as actividades de vida diária durante pelo menos três meses ou ainda mais tempo (Comissão Europeia, 2004).

Num estudo realizado por investigadores e liderado pelo Prof. Dr. Castro-Lopes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 2010, concluiu-se que cerca de 36% da população adulta portuguesa sofria de dor crónica, sendo a sua prevalência maior nas mulheres e aumentando com a idade em ambos os sexos. Este mesmo estudo refere que aproximadamente 50% dos indivíduos que sofriam de dor crónica, referiam que esta afectava de forma moderada ou grave a realização de actividades domésticas e laboratoriais, 4% perderam o emprego, 13% obtiveram reforma antecipada e em 17% dos casos foi feito o diagnóstico de depressão (Prof. Castro-Lopes, 2010).

*“O impacto da dor crónica na qualidade de vida dos doentes é devastador e superior ao provocado por muitas outras patologias crónicas, principalmente pelo sofrimento que acarreta e pelas limitações que impõe em múltiplas actividades do dia-a-dia das pessoas. Frequentemente, a dor do doente afecta também de forma muito significativa o bem estar e as actividades dos familiares e outros cuidadores, factor que não pode ser ignorado. Tendo ainda em conta a elevada prevalência da dor crónica, pode concluir-se que estamos perante um grave problema de saúde pública que urge combater com todos os meios ao nosso alcance.”* (Prof. José Castro-Lopes, 2010:6)

Na TNI não existe nenhum capítulo atribuído à “dor”, tal como existe por exemplo para as doenças oncológicas ou aparelho locomotor, pelo que a sua contabilização para fim de atribuição de um grau de incapacidade não é efectuada da mesma forma, em igualdade de circunstâncias. Face ao impacto que manifestamente a dor tem na limitação das actividades e funcionalidade dos indivíduos, não é possível ignorar esta lacuna na TNI.

O grau de incapacidade atribuído relacionou-se de forma negativa com a componente física e a componente mental; assim, um grau de incapacidade mais elevado correspondeu a uma diminuição na componente física e na componente mental. Este resultado era esperado num estudo desta natureza, pois a incapacidade afecta o individuo em todas as suas dimensões físicas e mentais. Sendo assim, e mediante a aplicação do questionário SF-36 que avaliou as percepções de saúde dos indivíduos, pode concluir-se que a TNI cumpriu de forma válida a atribuição de grau de incapacidade aos indivíduos que recorreram a junta médica no período de Outubro a Dezembro de 2011, no ACES X.

## Bibliografia

Aguiar, P. (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. (1ª edição). Lisboa. Climepsi.

Castro-Lopes, Prof. J.; Saramago, P.; Romão, J.; Paiva, M.L.M. (2010) *A dor crónica em Portugal*. Iniciativa Pain Proposal. Portugal. Disponível *on-line* em:  
[http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004a) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Disponível *on-line* em: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icf.htm>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010b). Disponível *on-line* em: <http://www.cdc.gov/>

Circular normativa N°11/DSCS/DPCD de 18/06/08. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde (2008).

Comissão europeia (2004). Portal de Saúde Pública da União Europeia. Commission's Health and Consumer Protection Directorate General. Disponível *on-line* em:  
[http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm)

Comissão europeia (2009). Portal de Saúde Pública da União Europeia. *Saúde EU*. Disponível *on-line* em  
[http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_pt.htm)

Comissão europeia (2010). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al consejo, al Comité Económico y al Comité de las Regiones*. Bruxelas, 15.11.2010 COM (2010) 636final. Disponível *on-line* em:  
[http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN15833/Estrategia%20Europea%20Discapacidad%202010-2020%20\(es\)2.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN15833/Estrategia%20Europea%20Discapacidad%202010-2020%20(es)2.pdf)

Comissão europeia (2012). Portal de Saúde Pública da União Europeia. *Saúde Mental*. Disponível *on-line*:  
[http://ec.europa.eu/health\\_problems/mental\\_health/undex\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health_problems/mental_health/undex_pt.htm)

Comité de Ministros. (2006). *Recomendación Rec (2006)5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015*. Disponível *on-line* em: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10047/3-10047.doc>

Decreto-Lei n° 9/89, artigo 2º, n°1. Diário da Republica de 2 Maio. Série I A.

Decreto-Lei n° 202/96 de 23 de Outubro de 1996. Diário da República n° 246/96 - Série I A.

Decreto-Lei n° 307/2003 de 10 de Dezembro de 2003. Diário da República n° 284/2003 - I Série A.

Decreto-Lei n° 352/2007 de 23 de Outubro de 2007. Diário da República n° 204/2003 – 1ª Série.

Decreto-Lei n° 291/2009 de 12 de Outubro de 2009. Diário da República n° 197/2003 – 1ª Série.

Direção Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, CIFIS. Lisboa. DGS (2004). Disponível *on-line* em:  
[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

- EUPHIX, European Union Public Health Information System. (2009). *Perceived general health*. Disponível on-line em: [http://www.euphix.org/object\\_document/o4581n27010.html](http://www.euphix.org/object_document/o4581n27010.html)
- Ferreira PL, Santana P. (2003) *Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas*. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2003; 21 (2): 15-30.
- Gabinete do Provedor da Justiça. (2012). Sala de Imprensa-noticias. Disponível on-line em: [http://www.provedor-jus.pt/Imprensa/noticiadetalhe.php?ID\\_noticias=588](http://www.provedor-jus.pt/Imprensa/noticiadetalhe.php?ID_noticias=588)
- Hanson. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*” (2ª edição). Loures. Lusociência.
- Hill, A., Hill, M.M. (2009). *Investigação por questionário*. (2ª edição). Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (PDF).(2005). Disponível on-line em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/268/1/4%C2%BAINS\\_05\\_06.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/268/1/4%C2%BAINS_05_06.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. INE,IP. Lisboa-Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Disponível on-line em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0002237&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0002237&contexto=bd&selTab=tab2)
- Last, J.M. (1988) *Um dicionário de Epidemiologia*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa.1995.
- Marmot, M. Wilkinson R.G. (2006).*Social Determinants of Health*. (2ª edição). Oxford University Press.
- Mausner & Kramer (2009).*Introdução á epidemiologia*. (5ª edição). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2007).*Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais e Tabela Indicativa para a Avaliação da Incapacidade em Direito Civil*. Disponível on-line em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/10/tabela+prof.htm>
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. (2005a).*Protecção social na doença*. Disponível on-line em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/proteccao/baixas+medicas.htm>
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. (2005b).*Enciclopédia da saúde – Cuidados paliativos*. Disponível on-line em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos>
- Ministério da Saúde. Portal da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Disponível on-line em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/300D4AA7-D323-4121-9193-380>
- Organização Mundial de Saúde. (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps)*. Ministério do emprego e da Segurança Social; Secretariado Nacional de Reabilitação. Lisboa. (1989).
- Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL.(1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998*. FAMED – Universidade federal do Rio Grande do Sul/HCPA. Disponível on-line em: [www.ufrgs.br/psiq](http://www.ufrgs.br/psiq)

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório do encontro internacional em Adelaide 2010*. Disponível on-line em: [www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants)

Organização Mundial de Saúde (2012). Disponível on-line em: <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>

Portugal S. et al. (2010). *Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência – relatório final*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Ribeiro, J.L.P. (2005) *O importante é a Saúde* (1ª edição ed.). Lisboa. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Reis, R. (2005). Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde – “*Qualidade de Vida e Qualidade de Recuperação Anestésica em Cirurgia de Revascularização Coronária*”. Escola Superior de Altos Estudos.2005.Coimbra.

SPSS 20.0 for Windows. Release 20.0(13 sep 2012). SPSS Inc.

Stanhope, Lancaster. (2000). *Enfermagem Comunitária*. (4ª edição). Loures. Lusociência.

WHO EUROPE.(2003). Social determinants of health: the solid facts. (2ª edição). Editado por Richard Wilkinson and Michael Marmot.

WHO, Commission on Social Determinants of Health (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action*. Geneva. (2005).

WHO. Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva. (2008).

## **ANEXOS**

**ANEXO 1: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação**



Ex<sup>ma</sup>. Sr.<sup>a</sup> Directora do ACES X  
Cacém-Queluz, Dr.<sup>a</sup> Clara Pais

**Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação no âmbito da frequência do V Mestrado Saúde e Desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.**

Lurdes da Purificação Esteves Neto, Enfermeira, a exercer funções na Unidade de Saúde Pública do ACES X Cacém-Queluz, vem desta forma solicitar a autorização para realizar um trabalho de investigação para apresentar sob a forma de dissertação para obtenção do grau académico de mestre.

Este estudo tem como objectivo conhecer a auto percepção do estado de saúde dos utentes que recorreram a “Junta Medica” na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Cacém-Queluz, através da aplicação de um questionário.

A população alvo é os utentes que recorreram a “Junta Médica” na USP do ACES X no período compreendido entre Setembro de 2011 e Janeiro de 2012 e a quem foi atribuído grau de incapacidade.

Desta forma, solicito autorização para utilizar os dados estatísticos recolhidos após “Junta Medica” e a realizar entrevistas aos utentes da amostra para responderem voluntariamente aos questionários; será preenchido consentimento informado.

Os dados serão mantidos em sigilo e os resultados do estudo serão apresentados no IHMT sob a forma de dissertação de mestrado, comprometendo-me pela sua divulgação no ACES.

Encontro-me disponível para esclarecimento de qualquer dúvida ou facultar mais informação sobre este estudo através dos telefones 933419313/969757974 ou por e-mail [lurdes.neto@sapo.pt](mailto:lurdes.neto@sapo.pt)

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

Peço deferimento,

Massamá, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

## **ANEXO 2: Consentimento Informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito da frequência do V Mestrado de Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, estamos a fazer um estudo que pretende conhecer a percepção de saúde dos utentes que recorreram a “Junta Medica” na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Cacém-Queluz no período de tempo compreendido entre Setembro de 2011 e Janeiro de 2012. Foi seleccionado para participar neste estudo pois recorreu a “Junta Medica” neste período de tempo. É livre de aceitar participar ou não.

Os dados recolhidos são confidenciais, e os resultados serão apenas utilizados para fins académicos e de investigação. Só o investigador terá conhecimento dos seus dados mas ninguém conseguirá ligá-los ao seu nome. Em nenhum momento este estudo apresentará qualquer risco para os participantes.

Está assegurado o facto de se não quiser participar neste estudo esta opção não terá qualquer repercussão sobre o seu acompanhamento médico, ou reavaliação da sua incapacidade.

Vai-lhe ser pedido que responda a dois questionários (questionário sócio - demográfico e o questionário SF36) o que demorará aproximadamente 30 minutos.

A sua colaboração é muito importante para o sucesso deste estudo. Pedimos-lhe que assine o seguinte consentimento informado.

<input type="checkbox"/> Aceito participar
<input type="checkbox"/> Preenchendo o questionário sócio - demográfico
<input type="checkbox"/> Preenchendo o questionário SF-36
<input type="checkbox"/> Não aceito participar
Porquê? _____
Assinatura: _____
Data: __/__/2011

### **ANEXO 3: Questionário sociodemográfico**

## QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

As perguntas que se seguem são para caracterizar a sua situação demográfica e social. Não tem que assinar nem escrever o seu nome em nenhum local. Os dados que nos fornecer serão usados para compreender melhor a percepção que tem da sua saúde. É importante que responda claramente a todas as questões. Não serão revelados nenhuns dados que permitam a sua identificação.

**A- Indique a sua Idade**

\_\_\_\_ Anos

**B- Indique o seu sexo**

Masculino	1
Feminino	2

**C- Qual é o seu estado civil legal?**

Solteiro(a)	1
Casado(a)	2
Casado(a) na situação de separado(a) legalmente de pessoas e bens	3
Divorciado(a)	4
Viúvo(a)	5
Não sabe	999

**D- O Sr. (a) vive conjugalmente com alguém?**

Sim	1
Não	2
Não sabe	999

**E- O Sr. (a) vive numa instituição (por exemplo num lar)?**

Sim	1
Não	2
Não sabe	999

<b>F - Na sua casa, tem apoio de alguma instituição?</b>	
Sim	1
Não	2
Não sabe	999

<b>G - Se tem apoio de uma instituição, que tipo de apoio tem?</b>	
Alimentação	1
Higiene pessoal	2
Higiene da habitação	3
Outro	4

<b>H - É natural de que país?</b>	
Portugal	1
Outro (indique qual) _____	2
Não sabe	999

<b>I - Qual o nível de ensino que o Sr. (a) frequenta ou se já não estuda, frequentou?</b>	
Nenhum	1
Ensino básico – 1º ciclo	2
Ensino básico – 2º ciclo	3
Ensino básico – 3º ciclo	4
Ensino secundário	5
Ensino pós-secundário	6
Ensino superior - bacharelato	7
Ensino superior - licenciatura	8
Ensino superior - mestrado	9
Ensino superior – doutoramento	10
Não sabe	999

<b>J - Qual é (era) a sua profissão principal?</b>	
Indique _____	
Não sabe	999
Não tem ou nunca teve profissão	2

**K - Das seguintes categorias, qual a que melhor descreve a (sua) ocupação principal nas DUAS ULTIMAS SEMANAS?**

Exerce uma profissão, tem um trabalho, mesmo que não remunerado para uma pessoa de família	1
É aluno/estudante	2
Está a cumprir serviço militar	3
Ocupa-se das tarefas domésticas (dona/dono de casa)	4
<b>NÃO TEVE OCUPAÇÃO PORQUE ESTÁ:</b>	
Desempregado(a) há menos de 1 ano	5
Desempregado(a) há 1 ano e mais	6
Reformado(a), Aposentado(a)	7
Permanentemente incapacitado(a)	8
Doente há 3 meses ou mais	9
Doente há menos de 3 meses	10
À procura do 1º emprego	11
Em estágio não remunerado	12
De férias	13
Impedido devido a condições atmosféricas	14
Noutra situação de inactividade (indique)	15
Não sabe	999

**L -Que doença o trouxe a “Junta médica”?**

Indique \_\_\_\_\_

**M -Quando lhe foi diagnosticada esta doença?**

Indique a data aproximada (ou só o ano se não se lembrar) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**N -Que grau de incapacidade lhe foi atribuído?**

Indique \_\_\_\_\_%

**Obrigado pela sua colaboração**

## **ANEXO 4: Questionário SF-36**

## QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36)

**Instruções:** as questões seguintes pedem-lhe a sua opinião acerca da sua saúde, como se sente, a sua capacidade para desempenhar actividades da sua vida diária e habituais.

Pedimos-lhe para ler as perguntas com atenção e responda o que considerar mais indicado para si. Sinalize a resposta que considera mais adequada.

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

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Ótima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

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

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

<b>3. As perguntas que se seguem são sobre as actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?</b>			
<b>(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)</b>	<b>Sim, muito limitado/a</b>	<b>Sim, um pouco limitado/a</b>	<b>Não, nada limitado/a</b>
<b>A. Actividades violentas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
<b>B. Actividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
<b>C.</b> Levantar ou <b>carregar</b> as compras da mercearia	1	2	3
<b>D.</b> Subir <b>vários</b> lanços de escada	1	2	3
<b>E.</b> Subir <b>um</b> lanço de escadas	1	2	3
<b>F.</b> Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
<b>G.</b> Andar <b>mais de 1 km</b>	1	2	3
<b>H.</b> Andar <b>vários</b> quarteirões	1	2	3
<b>I.</b> Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
<b>J.</b> Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

<b>4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?</b>		
<b>(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do numero 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do 2 se a sua resposta for não)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>A.</b> Diminuiu o <b>tempo gasto</b> a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
<b>B.</b> Fez <b>menos</b> do que queria	1	2
<b>C.</b> Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades	1	2
<b>D.</b> Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

<b>5. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?</b>		
<b>(Por favor, em cada linha ponha um círculo à volta do numero 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do 2 se a sua resposta for não)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades</b>	1	2
<b>B. Fez menos do que queria</b>	1	2
<b>C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume</b>	1	2

<b>Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.</b>	
<b>6. Durante as últimas quatro semanas em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?</b>	
<b>Absolutamente nada</b>	1
<b>Pouco</b>	2
<b>Moderadamente</b>	3
<b>Bastante</b>	4
<b>Imenso</b>	5

<b>7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?</b>	
<b>Nenhumas</b>	1
<b>Muito fracas</b>	2
<b>Ligeiras</b>	3
<b>Moderadas</b>	4
<b>Fortes</b>	5
<b>Muito fortes</b>	6

<b>8. Durante as últimas quatro semanas de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?</b>	
<b>Absolutamente nada</b>	1
<b>Pouco</b>	2
<b>Moderadamente</b>	3
<b>Bastante</b>	4
<b>Imenso</b>	5

<b>9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.</b>						
Quanto tempo nas <b>últimas quatro semanas</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<b>A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>B. Se sentiu muito nervoso/a?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>C. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>E. Se sentiu com muita energia?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>F. Se sentiu triste e em baixo?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>G. Se sentiu estafado/a?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>H. Se sentiu feliz?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>I. Se sentiu cansado/a?</b>	1	2	3	4	5	6

<b>10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?</b>	
Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

<b>11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.</b>					
(Por favor, assinale um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
<b>A.</b> Parece que adoeço mais facilmente que os outros	1	2	3	4	5
<b>B.</b> Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
<b>C.</b> Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
<b>D.</b> A minha Saúde é óptima.	1	2	3	4	5

**Muito obrigado pela sua colaboração**