

Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2

Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2

Josué Laguardia^I

Mônica Rodrigues Campos^{II}

Claudia Travassos^I

Alberto Lopes Najar^{II}

Luiz Antonio dos Anjos^{III}

Miguel Murat Vasconcellos (*in memoriam*)

^IInstituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II}Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{III}Centro de Ciências Médicas, Departamento de Nutrição Social da Universidade Federal Fluminense – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência: Josué Laguardia. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Avenida Brasil, 4.365, Pavilhão Haity Moussatché, Mangueiras, CEP: 21045-360, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: jlaguardia@cict.fiocruz.br

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq / Projeto Institutos do Milênio – 001/2005.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Resumo

O questionário de 36 itens Short Form 36 (SF-36) é uma medida de qualidade de vida, relacionada à saúde, amplamente utilizada. Dados normativos são importantes para determinar se os escores de um grupo ou indivíduo estão acima ou abaixo da média do seu país, grupo etário ou sexo. A despeito do seu emprego em várias pesquisas no Brasil, dados normativos de abrangência nacional para o SF-36 não foram publicados previamente. **Métodos:** A Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO) é um inquérito que entrevistou 12.423 homens e mulheres brasileiros com idade de 18 anos e mais, selecionados aleatoriamente em áreas urbanas e rurais das cinco regiões brasileiras, e a informação coletada incluiu o SF-36 como uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde. Isto proveu uma oportunidade única para desenvolver dados normativos ajustados por idade e sexo para a população brasileira. **Resultados:** Os escores dos homens brasileiros foram maiores que os das mulheres nos oito domínios e duas medidas componentes do SF-36. Os brasileiros tiveram pontuação mais baixa que seus respectivos contrapartes internacionais em quase todos os domínios e medidas componentes do SF-36, à exceção do estado geral de saúde (USA), dor (GB) e vitalidade (Austrália, USA e Canadá). **Conclusão:** As diferenças nos escores do SF-36 entre grupos etários, sexo e países confirmam que as normas brasileiras são necessárias para propósitos comparativos. Os dados serão úteis para avaliar o status de saúde da população em geral e dos pacientes, e o efeito das intervenções na qualidade de vida relacionada à saúde.

Palavras-chave: Qualidade de vida. SF-36. Dados normativos. Inquérito. População geral. Amostra aleatória estratificada.

Abstract

The 36-item Short Form (SF-36) survey is a widely used measure of health-related quality of life. Normative data are the key to determining whether a group or an individual scores above or below the average for their country, age or gender. Despite being used in many Brazilian studies, published norms with national comprehensiveness for the SF-36 have not been previously published.

Methods: The study *Dimensões Sociais das Desigualdades* (PDSO) (Social Dimensions of Inequalities) involves 12,423 randomly selected Brazilian men and women aged 18 years old or more from urban and rural areas of the five Brazilian regions, and the information collected included the SF-36 as a measure of health-related quality of life. This provided a unique opportunity to develop age and gender-adjusted normative data for the Brazilian population. **Results:** Brazilian men scored substantially higher than women on all eight domains and the two summary component scales of the SF-36. Brazilians scored less than their international counterparts on almost all of SF-36 domains and both summary component scales, except on general health status (US), pain (UK) and vitality (Australia, US and Canada). **Conclusion:** The differences in the SF-36 scores between age groups, genders and countries confirm that these Brazilian norms are necessary for comparative purposes. The data will be useful for assessing the health status of the general population and of patient populations, and the effect of interventions on health-related quality of life.

Keywords: Quality of life. SF-36. Normative data. Survey. General population. Stratified random sample.

Introdução

O questionário padronizado Short Form Health Survey 36 (SF-36) é uma ferramenta importante para avaliação da qualidade de vida¹, e a abrangência do seu uso em inquéritos populacionais e em estudos avaliativos de políticas públicas e do status de saúde de pacientes²⁻⁶ pode ser verificada pelo volume de referências disponíveis nas bases de dados bibliográficas⁷ e o número crescente de estudos de validação em diferentes países e contextos culturais⁸. O propósito desse instrumento é detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade, assim como as mudanças na saúde ao longo do tempo⁹, por meio de um número reduzido de dimensões estatisticamente eficientes¹⁰.

O SF-36 é constituído por 36 perguntas, uma que mede a transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais que são agrupadas em oito escalas ou domínios. As pontuações mais altas indicam melhor estado de saúde. O tempo de preenchimento, de 5 a 10 minutos, do SF-36 e a versatilidade de sua aplicação por autopreenchimento, entrevistas presenciais ou telefônicas com pessoas de idade superior a 14 anos, com níveis de confiabilidade e validade que excedem os padrões mínimos recomendados, tornam esse instrumento atraente para uso combinado com outros questionários em inquéritos populacionais.

No Brasil, o SF-36 foi utilizado em estudos de qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise ambulatorial¹¹, hipertensão arterial¹², submetidos a cirurgia reparadora de fratura de quadril¹³, vivendo com HIV/AIDS¹⁴, e em inquérito domiciliar de pessoas residentes no estado de São Paulo¹⁵.

Esses estudos mostraram que os escores para os domínios do SF-36 obtidos em populações adultas apresentavam alta confiabilidade e boa validade de critério quando comparados com outros instrumentos de avaliação da qualidade de vida. A análise

dos dados do SF-36 oriundos de uma amostra probabilística de domicílios brasileiros mostrou que as escalas obtidas satisfazem os padrões psicométricos mínimos exigidos de qualidade dos dados, pressupostos de escalonamento, confiabilidade e validade para o instrumento, que as mesmas reproduzem as dimensões físicas e mentais hipotetizadas e que os padrões das relações entre os fatores e as escalas são preditivos de suas associações com critérios externos de saúde física e mental¹⁶. Além disso, essa análise possibilitou a estimativa dos escores nacionais para determinar se um grupo ou indivíduo encontra-se acima ou abaixo da média para o seu país, idade ou sexo.

Como o status de saúde é um constructo social no qual a avaliação da função de saúde de uma pessoa é feita dentro de uma compreensão cultural específica de saúde¹⁷, e como a validade transcultural de um instrumento deve adotar o sistema descritivo desenvolvido internacionalmente, mas com escores calculados segundo a variação observada na população específica, torna-se fundamental ter dados normativos brasileiros do SF-36. Desse modo, o objetivo do presente artigo foi apresentar as medidas descritivas dos escores das escalas e das medidas componentes do SF-36, segundo idade e faixa etária obtidos em amostra probabilística de domicílios brasileiros.

Materiais e Métodos

A amostra é inteiramente probabilística e estratificada em múltiplos estágios, o que permite inferências acuradas dos parâmetros populacionais.

A Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD) foi um inquérito domiciliar de base populacional na qual foram entrevistados, no período de julho a dezembro de 2008, 12.423 chefes de famílias e cônjuges residentes em 8.048 domicílios particulares permanentes em setores comuns ou não especiais (inclusive favelas) em todas as regiões do Brasil, com exceção da área rural da Região Norte.

Tendo em vista a análise das desigualdades, criou-se um estrato amostral com os 10%

mais ricos dos setores censitários do âmbito da pesquisa, com o intuito de melhorar a precisão dos indicadores de desigualdade. A amostragem seguiu um procedimento probabilístico em três estágios, nos quais foram selecionados inicialmente os municípios, em seguida os setores censitários dentro dos municípios, e por fim os domicílios dentro dos setores. Informações básicas sobre escolaridade e emprego foram coletadas para todos os indivíduos com 10 anos ou mais. O percentual de titulares dos domicílios que respondeu à pesquisa variou de 96% nas áreas rurais da Região Nordeste a 31% na região metropolitana do Rio de Janeiro e 23% nos setores mais ricos das regiões metropolitanas.

No módulo Saúde da PDSD, dentre os diversos aspectos avaliados utilizou-se o questionário traduzido para o português SF-36 v.2, tipo standard, em que as perguntas são relativas às últimas quatro semanas prévias à entrevista¹⁸. As oito escalas do SF-36 são: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens), e em duas medidas sumárias - CoF (componente físico) e CoM (componente mental). Os procedimentos de cálculo dos escores seguiram as recomendações dos desenvolvedores do SF-36¹⁹. Para cada escala do SF-36 foram calculadas as seguintes medidas: média, e respectivo intervalo de confiança, efeito chão e efeito teto. O efeito chão e o efeito teto é a porcentagem de sujeitos que tiveram o escore mais baixo - zero, ou mais alto - cem - em cada um dos oito domínios, respectivamente. No caso dos componentes físicos e mentais utilizou-se para o cálculo dos efeitos chão e teto os limites mínimo e máximo esperados no pior (escore = 0) e melhor (escore = 100) status de saúde, tomando como valores limites para o efeito chão os escores menores que 20,2 (CoF) e 17,4 (CoM), e para o efeito teto, os escores maiores que 57,9 (CoF) e 62,1 (CoM)¹. Os dados dos chefes de famílias e cônjuges foram ponderados para representar o total da população brasileira nas análises realizadas no SPSS v.17¹⁶. O tamanho da amostra obtida

neste estudo atende aos critérios estabelecidos pelo Projeto Internacional de Avaliação da Qualidade de Vida (IQOLA) para comparação entre os sexos e grupos etários¹⁷.

Resultados

Características da amostra

A taxa de resposta ao SF-36 foi de 100% e o indicador de qualidade da compreensão dos 15 pares mostrou que apenas 7,4% apresentaram inconsistência para um único par de perguntas, enquanto que 7,3% mostraram inconsistência para 2 a 4 pares de perguntas. O par de respostas que apresentou maior inconsistência (3,7%) combinava a afirmação de que a atividade de tomar banho ou vestir-se era muito limitante, e a resposta que não tinha limitações para realização de atividades vigorosas. A distribuição dos itens mostrou que todas as categorias foram utilizadas pelos respondentes, com uma inclinação em direção aos estados de saúde mais favoráveis nos indivíduos do sexo masculino, com idade menor que 40 anos e escolaridade mais alta.

Os escores padronizados por idade para os oito domínios da escala e os dois componentes (físico e mental) do SF-36 variaram segundo a idade, sendo maiores nas faixas etárias mais jovens e diminuindo à medida que aumenta a idade (Tabela 1). Embora vários domínios tenham exibido efeito teto (60,6% nos aspectos emocionais e 58,5% nos aspectos sociais), esse padrão não foi observado no efeito chão (3,9% na capacidade física e 3,8% nos aspectos físicos).

Como esperado, os escores médios de homens e mulheres brasileiros variaram segundo idade e sexo (Tabela 2 e 3). Entre os homens, a vitalidade nas faixas etárias mais jovens, e o estado geral de saúde nas demais faixas etárias, foram as escalas que apresentaram os escores com os valores mais baixos. Nas mulheres, os escores das escalas de saúde mental, nas faixas etárias menores que 35 anos, e de capacidade funcional, nas faixas etárias acima de 64 anos, mostraram os menores valores. Tal como na amostra geral, vários domínios exibiram um efeito teto forte

(86,9% para homens e 81,7% para mulheres no domínio de aspectos sociais), mas apenas alguns domínios apresentaram este mesmo padrão no efeito chão (4% para homens e 3,9% para mulheres na capacidade física). Os homens apresentam escores mais altos que as mulheres para todos os domínios e as duas medidas resumo. Embora os intervalos de confiança não se sobreponham para qualquer um dos domínios ou medidas resumo, a magnitude da diferença deve ser considerada. À exceção do estado geral de saúde e dos componentes físico e mental, todos os outros domínios tiveram a diferença entre os sexos maior que cinco pontos, considerada clinicamente e socialmente significativa.

Discussão

As análises dos dados do SF-36, aplicados na presente amostra da população brasileira, demonstraram um bom desempenho da versão brasileira desse instrumento, e que este questionário fornece uma medida válida da qualidade de vida na população em geral¹⁶. Assim, os dados aqui apresentados podem servir como referência para estudos de desigualdades na saúde realizados no país. Os escores brasileiros para os oito domínios e as duas medidas resumo da escala do SF-36 foram similares aos dos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Grã-Bretanha^{5,20,21}, mas existe um padrão de escores mais baixos na amostra para quase todos os domínios em comparação aos dados dos outros países, exceto nas escalas do estado geral de saúde, maior que a Grã-Bretanha; da dor, acima dos escores da Austrália, Estados Unidos e Canadá; e da vitalidade, cujos escores estão acima dos cinco pontos quando comparado aos escores australianos, norte-americanos, canadenses e da Grã-Bretanha.

A variabilidade dos escores por idade, conforme observado neste estudo, ressalta a necessidade de usar os dados normativos segundo a faixa etária ao comparar os achados de estudos que utilizem o SF-36. As diferenças entre os países podem ser resultado de questões metodológicas, tais como a população amostrada ou a forma de coleta de dados.

Tabela 1 - Medidas descritivas dos escores padronizados das oito escalas e dos dois componentes do 36-item Short Form da população brasileira segundo faixa etária.

Table 1 - Descriptive measures of the standardized scores for the eight domains of the 36-item Short Form and for the two summary scales (physical and mental component) of the Brazilian population by age groups.

Faixa etária	CF	AF	Dor	EGS	VT	AS	AE	SM	CoF	CoM
Até 24 anos (n = 645)										
Média	91,4	87,8	85,8	79,8	77,4	89,9	88,1	76,5	55,2	51,8
IC95%	89,8–92,9	86,0–89,5	84,2–87,5	78,3–81,3	75,9–78,9	88,4–91,4	86,3–89,9	75,0–78,0	54,7–55,7	51,0–52,5
% Chão	2,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,6	1,4	0,2	0,2	0,8
% Teto	72,6	67,5	56,6	11,3	18,4	71,0	71,3	15,5	42,5	10,5
25–34 anos (n = 2100)										
Média	89,7	88,4	86,1	80,1	76,9	90,6	89,4	76,9	54,9	52,3
IC95%	88,7–90,7	87,4–89,3	85,2–87,1	79,3–80,9	76,0–77,7	89,8–91,4	88,5–90,4	76,0–77,8	54,5–55,2	51,9–52,7
% Chão	2,1	1,2	0,7	0,1	0,2	0,4	1,3	0,1	0,1	0,8
% Teto	70,5	70,3	58,6	11,0	14,6	71,9	73,7	16,3	43,5	10,6
35–44 anos (n = 2685)										
Média	83,5	81,6	74,8	73,7	88,1	86,5	75,3	52,3	51,6	83,5
IC95%	82,5–84,6	83,0–85,0	80,7–82,5	73,9–75,6	72,9–74,5	87,3–88,9	85,6–87,4	74,5–76,1	52,0–52,7	51,2–52,0
% Chão	3,7	2,5	0,7	0,4	0,1	0,4	2,1	0,1	0,6	0,9
% Teto	58,6	62,7	49,6	6,1	13,1	65,4	67,7	14,1	33,5	10,2
45–54 anos (n = 2555)										
Média	76,5	78,8	75,5	69,3	71,7	84,0	82,2	74,1	49,4	50,9
IC95%	75,3–77,6	77,7–79,9	74,4–76,6	68,4–70,2	70,9–72,6	83,1–84,9	81,1–83,2	73,2–74,9	49,0–49,8	50,5–51,4
% Chão	3,3	3,0	1,6	0,4	0,3	0,7	3,2	0,2	0,8	0,9
% Teto	43,2	53,7	41,8	4,4	13,6	58,1	61,1	14,5	23,7	13,4
55–64 anos (n = 2120)										
Média	68,5	71,2	70,6	65,0	69,3	80,1	77,3	72,6	46,4	50,2
IC95%	67,2–69,8	69,8–72,5	69,3–71,8	63,9–66,0	68,3–70,3	79,0–81,2	76,0–78,6	71,7–73,6	45,9–46,8	49,6–50,7
% Chão	3,7	4,3	1,8	0,9	0,8	0,8	3,5	0,3	1,5	0,9
% Teto	29,6	43,4	33,1	2,5	13,2	51,1	52,5	14,2	14,8	13,8
65–74 anos (n = 1565)										
Média	58,2	65,1	68,4	60,7	67,2	76,6	73,1	73,2	43,2	50,2
IC95%	56,6–59,9	63,4–66,7	66,9–69,8	59,5–61,9	66,0–68,3	75,3–77,9	71,6–74,7	72,1–74,3	42,6–43,7	49,6–50,8
% Chão	5,6	7,2	2,3	1,4	0,8	1,2	4,9	0,1	1,7	0,8
% Teto	16,4	34,5	31,0	1,8	10,8	44,2	45,8	14,4	8,6	15,4
≥ 75 anos (n = 754)										
Média	45,4	54,3	64,5	55,8	64,7	70,9	66,8	73,2	38,8	49,9
IC95%	43,0–47,8	51,8–56,9	62,3–66,6	54,0–57,6	62,9–66,4	68,8–73,0	64,4–69,3	71,6–74,8	38,0–39,7	49,0–50,9
% Chão	11,0	12,2	3,2	1,9	1,2	1,9	7,2	0,8	4,3	1,2
% Teto	9,2	26,4	27,1	2,3	12,1	37,5	40,6	17,9	5,2	19,4
Total (n = 12423)										
Média	75,5	77,5	76,7	70,2	71,9	83,9	81,7	74,5	49,3	51,1
IC95%	74,9–76,0	77,8–78,0	76,3–77,2	69,8–70,6	71,5–72,3	83,5–84,3	81,2–82,2	74,2–74,9	49,1–49,5	50,9–51,3
% Chão	3,9	3,8	1,4	0,6	0,4	0,7	3,1	0,2	1,0	0,9
% Teto	44,9	53,3	43,3	5,5	13,4	58,5	60,6	14,9	25,5	12,8

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental; CoF: componente físico; CoM: componente mental.

Fonte: Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, 2008.

CF: Physical functioning; AF: role-physical; EGS: general health; VT: vitality; AS: social functioning; AE: role-emotional; SM: mental health; CoF: physical component summary; CoM: mental component summary.

Source: Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, 2008.

Tabela 2 - Medidas descritivas dos escores padronizados das oito escalas e dos dois componentes do 36-item Short Form da população masculina brasileira segundo faixa etária. Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, 2008.

Table 2 - Descriptive measures of the standardized scores for the eight domains of the 36-item Short Form and for the two summary scales (physical and mental component) of the Brazilian male population by age groups.

Faixa etária	CF	AF	Dor	EGS	VT	AS	AE	SM	CoF	CoM
Até 24 anos										
(n = 215)										
Média	95,3	89,8	90,6	83,7	80,4	93,1	90,0	80,9	56,6	53,4
IC95%	93,1-97,5	87,0-92,6	88,3-92,8	81,5-85,9	77,8-83,1	91,1-95,1	87,0-93,0	78,6-83,2	55,9-57,2	52,2-54,6
% Chão	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
% Teto	85,4	70,1	66,0	14,6	25,8	78,0	76,9	22,5	49,0	14,4
25-34 anos										
(n = 920)										
Média	92,0	90,6	89,8	83,2	81,3	92,8	90,0	82,1	55,7	54,4
IC95%	90,6-93,5	89,2-92,0	88,5-91,1	82,1-84,3	80,2-82,4	91,7-93,8	87,0-93,0	81,0-83,2	55,2-56,1	53,8-54,9
% Chão	2,2	1,2	0,8	0,0	0,1	0,4	1,2	0,0	0,0	0,1
% Teto	78,2	76,3	69,2	14,2	19,2	77,0	78,8	21,4	50,7	12,4
35-44 anos										
(n = 1187)										
Média	86,5	87,1	85,4	77,7	78,6	91,5	89,9	79,8	53,4	53,9
IC95%	84,9-88,1	85,8-88,5	84,1-86,7	76,5-78,9	77,6-79,7	90,5-92,5	88,7-91,1	78,8-80,8	52,8-53,9	53,4-54,4
% Chão	4,0	2,3	0,6	0,1	0,0	0,4	1,4	0,1	0,9	0,6
% Teto	67,2	67,8	58,4	8,0	17,4	72,2	73,8	18,1	37,7	11,9
45-54 anos										
(n = 1083)										
Média	80,8	82,4	80,5	72,1	75,4	86,4	86,0	77,4	51,0	52,5
IC95%	79,1-82,6	80,8-84,0	79,0-82,1	70,7-73,4	74,2-76,6	85,1-87,8	84,5-87,5	76,2-78,7	50,4-51,6	51,9-53,1
% Chão	4,0	2,6	1,5	0,3	0,0	0,6	2,3	0,1	0,7	0,3
% Teto	52,3	60,4	49,4	5,0	17,1	63,1	67,4	17,4	29,0	16,2
55-64 anos										
(n = 868)										
Média	74,3	75,9	76,8	67,2	74,0	84,3	81,2	77,1	48,3	52,2
IC95%	72,2-76,3	73,8-78,0	75,0-78,6	65,5-68,8	72,5-75,4	82,7-85,8	79,3-83,1	75,7-78,5	47,6-49,0	51,4-52,9
% Chão	3,8	4,5	1,4	1,0	0,5	0,8	2,9	0,5	1,2	0,6
% Teto	39,0	52,6	41,3	3,9	17,2	59,3	60,2	19,1	19,1	15,9
65-74 anos										
(n = 650)										
Média	64,1	67,8	73,6	62,2	70,1	79,5	75,8	74,9	45,1	51,0
IC95%	61,7-66,6	65,2-70,3	71,4-75,8	60,4-64,0	68,4-71,9	77,4-81,5	73,5-78,2	73,3-76,5	44,2-45,9	50,1-51,9
% Chão	4,8	6,0	1,5	0,9	0,3	0,9	4,6	0,0	0,6	0,6
% Teto	20,1	38,4	39,8	2,1	13,4	50,9	50,3	14,0	12,0	16,7
≥ 75 anos										
(n = 333)										
Média	48,0	56,0	67,6	56,5	68,0	73,8	68,3	76,8	39,5	51,5
IC95%	44,5-51,5	52,2-59,8	64,4-70,9	53,9-59,1	65,5-70,5	70,8-76,8	64,7-72,0	74,7-79,0	38,3-40,7	50,3-52,8
% Chão	9,3	10,2	2,7	1,5	0,3	0,6	6,3	0,0	5,1	0,6
% Teto	9,0	28,8	31,0	1,5	12,1	39,9	41,7	20,2	5,7	19,3
Total										
(n = 5255)										
Média	79,4	80,7	81,4	72,7	76,0	86,9	84,8	78,5	50,7	52,9
IC95%	78,6-80,3	79,9-81,4	80,7-82,1	72,1-73,4	75,4-76,6	86,3-87,5	84,1-85,5	78,0-79,0	50,4-51,0	52,6-53,1
% Chão	4,0	3,4	1,2	0,5	0,2	0,6	2,5	0,1	0,9	0,4
% Teto	52,6	59,2	51,9	6,9	17,1	64,6	66,3	18,5	30,3	14,7

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental; CoF: componente físico; CoM: componente mental.

CF: Physical functioning; AF: role-physical; EGS: general health; VT: vitality; AS: social functioning; AE: role-emotional; SM: mental health; CoF: physical component summary; CoM: mental component summary.

Tabela 3 - Medidas descritivas dos escores padronizados das oito escalas e dos dois componentes do 36-item Short Form da população feminina brasileira segundo faixa etária. Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades, 2008.

Table 3 - Descriptive measures of the standardized scores for the eight domains of the 36-item Short Form and for the two summary scales (physical and mental component) of the Brazilian female population by age groups.

Faixa etária	CF	AF	Dor	EGS	VT	AS	AE	SM	CoF	CoM
Até 24 anos (n = 430)										
Média	89,4	86,8	83,5	77,9	75,8	88,3	87,2	74,3	54,5	50,9
IC95%	87,3 – 91,5	84,5 – 89,0	81,3 – 85,6	75,9 – 79,9	74,0 – 77,7	86,3 – 90,3	85,0 – 89,4	72,5 – 76,2	53,8 – 55,2	49,9 – 51,9
% Chão	2,1	0,7	0,2	0,0	0,0	0,9	1,2	0,2	0,20	1,2
% Teto	66,7	66,4	51,7	9,7	14,7	67,7	68,4	12,0	39,2	8,6
25 – 34 anos (n = 1180)										
Média	87,8	86,6	83,3	77,7	73,4	88,9	87,9	72,9	54,2	50,7
IC95%	86,5 – 89,2	85,2 – 87,9	82,0 – 84,6	76,5 – 78,9	72,2 – 74,5	87,7 – 90,0	86,6 – 89,2	71,7 – 74,1	53,8 – 54,6	50,1 – 51,2
% Chão	2,0	1,2	0,7	0,3	0,3	0,5	1,4	0,3	0,2	1,4
% Teto	64,6	65,9	50,5	8,6	11,0	67,8	70,1	12,2	37,9	9,2
35 – 44 anos (n = 1497)										
Média	81,2	81,5	78,6	72,4	69,7	85,4	83,8	71,7	51,5	49,8
IC95%	79,8 – 82,6	80,1 – 82,9	77,3 – 79,9	71,3 – 73,6	68,6 – 70,8	84,3 – 86,5	82,5 – 85,1	70,6 – 72,8	51,1 – 52,0	49,2 – 50,3
% Chão	3,3	2,6	0,9	0,5	0,3	0,3	2,7	0,1	0,5	1,1
% Teto	51,5	58,7	42,5	4,7	9,8	60,0	63,0	11,0	30,2	8,9
45 – 54 anos (n = 1471)										
Média	73,3	76,2	71,9	67,2	69,1	82,2	79,4	71,6	48,3	49,7
IC95%	71,7 – 74,8	74,6 – 77,7	70,4 – 73,3	66,0 – 68,4	67,9 – 70,2	81,0 – 83,5	77,9 – 80,8	70,4 – 72,7	47,7 – 48,8	49,1 – 50,3
% Chão	2,8	3,3	1,6	0,5	0,5	0,6	3,8	0,3	0,8	1,4
% Teto	36,6	48,9	36,0	4,0	11,1	54,5	56,4	12,3	19,8	11,4
55 – 64 anos (n = 1253)										
Média	64,5	67,9	66,2	63,4	66,0	77,2	74,6	69,5	45,0	48,8
IC95%	62,8 – 66,2	66,2 – 69,7	64,5 – 67,9	62,1 – 64,8	64,7 – 67,3	75,7 – 78,6	72,9 – 76,3	68,2 – 70,8	44,4 – 45,6	48,1 – 49,5
% Chão	3,7	4,3	2,2	1,0	1,0	0,8	4,0	0,2	1,7	1,2
% Teto	23,1	37,0	27,4	1,7	10,4	45,3	47,2	10,7	11,8	12,3
65 – 74 anos (n = 915)										
Média	54,0	63,2	64,7	59,7	65,1	74,6	71,2	72,0	41,8	49,7
IC95%	51,9 – 56,2	61,0 – 65,3	62,7 – 66,6	58,0 – 61,3	63,5 – 66,6	72,8 – 76,3	69,1 – 73,2	70,5 – 73,5	41,1 – 42,6	48,9 – 50,5
% Chão	6,1	8,1	2,8	1,8	1,2	1,3	5,0	0,1	2,4	0,9
% Teto	13,9	31,7	24,9	1,5	9,1	39,6	42,5	14,7	6,3	14,4
≥ 75 anos (n = 421)										
Média	43,3	53,0	61,9	55,3	62,1	68,6	65,6	70,3	38,3	48,7
IC95%	40,0 – 46,6	49,6 – 56,4	59,0 – 64,9	52,7 – 57,8	59,7 – 64,5	65,7 – 71,6	62,3 – 68,9	68,0 – 72,6	37,2 – 39,5	47,4 – 50,0
% Chão	12,4	14,0	3,6	2,1	1,7	2,9	7,8	1,4	3,6	1,9
% Teto	9,3	24,5	24,3	2,9	11,8	35,9	39,9	16,2	4,8	19,7
Total (n = 7168)										
Média	72,5	75,2	73,4	68,3	68,9	81,7	79,5	71,6	48,3	49,7
IC95%	71,8 – 73,3	74,5 – 75,9	72,7 – 74,0	67,8 – 68,9	68,3 – 69,4	81,1 – 82,3	78,8 – 80,1	71,1 – 72,1	48,1 – 48,6	49,5 – 50
% Chão	3,9	4,1	1,6	0,8	0,6	0,8	3,5	0,3	1,1	1,2
% Teto	39,3	49,1	37,1	4,5	10,7	54,1	56,4	12,2	22,1	11,4

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental; CoF: componente físico; CoM: componente mental.

CF: Physical functioning; AF: role-physical; EGS: general health; VT: vitality; AS: social functioning; AE: role-emotional; SM: mental health; CoF: physical component summary; CoM: mental component summary.

As diferenças entre os sexos na amostra brasileira, cujos homens apresentaram escores maiores do que as mulheres, são consistentes com a literatura que aponta que as mulheres tendem a relatar piores condições de saúde. A participação voluntária dos entrevistados na presente investigação, a despeito do risco de introdução de vieses, é uma característica dos inquéritos domiciliares, estratégia compartilhada com a maioria dos estudos populacionais que utilizaram o SF-36 no mundo. Um resultado adicional deste estudo foi a obtenção dos fatores que podem ser usados como pesos para calcular as medidas sumárias da saúde física e mental da versão brasileira 2 do SF-36 para aplicação nas populações urbanas e rurais brasileiras.

Os dados deste estudo foram obtidos mediante uma amostragem complexa que representa os domicílios brasileiros. As informações coletadas nesta pesquisa são relativas a 12.423 indivíduos residentes em 8.048 domicílios particulares permanentes em setores comuns ou não especiais (inclusive

favelas) de todas as regiões do Brasil, em áreas urbanas e rurais. Desse modo, os resultados representam o conjunto da população brasileira, e não, necessariamente, os estratos demográficos usados na presente análise.

Conclusão

O SF-36 foi construído para proporcionar um perfil de escores útil para a compreensão das diferenças populacionais nos status de saúde física e mental, nas doenças crônicas e outras condições médicas, e para avaliação do efeito dos tratamentos sobre o estado de saúde geral.

Entretanto, para que os dados normativos do SF-36 sejam válidos, eles devem ser oriundos de uma amostra representativa da população de interesse. A perspectiva é que esses valores possam ser utilizados para comparação com achados de outros estudos que utilizem o SF-36 v.2 ou cálculo dos escores em investigações futuras no conjunto da população brasileira e de seus segmentos.

Referências

1. Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Do SF-36 summary components scores accurately summarize subscale scores? *Qual Life Res* 2001; 10: 395-4046.
2. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 40-66.
3. Jenkinson C, Layte R, Coulter A, Wright L. Evidence for the sensitivity of the SF-36 health status measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 377-80.
4. McDowell I., Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1996.
5. Ware JE. SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000; 25(24): 3130-9.
6. Wilson D, Parsons J, Tuckerr G. The SF-36 summary scales: problems and solutions. *Soz-Praventivmed* 2000; 45: 239-46.
7. Hawthorne G, Osborne RH, Taylor A, Sansoni J. The SF36 version 2: critical analyses of population weights, scoring algorithms and population norms. *Qual Life Res* 2007; 16: 661-73.
8. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner J, et al. Tests of data quality scaling assumptions and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1149-58.
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
10. Jenkinson C, Layte R., Lawrence K. Development and testing of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey Summary Scale scores in the United Kingdom. Results from a large-scale survey and a clinical trial. *Medl Care* 1997; 35: 410-6.
11. Souza FF. Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2004. 167 p.
12. Silqueira SMF. O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde de pacientes hipertensos [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 112 p.

13. Mendonça TMS. Avaliação prospectiva da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com fratura do quadril por meio de um instrumento genérico – The Medical Outcome Study – 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2006. 119 p.
14. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 25: 69-76.
15. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 2159-67.
16. Laguardia J, Campos MR, Travassos CM, Najar AL, Anjos LA, Vasconcellos MM. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil 2008. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9: 61.
17. Gandek B, Ware JE. Methods for validating and norming translations of health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 953-9.
18. Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação da qualidade de vida. *Acta Reumatol Port* 2008; 33: 127-33.
19. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide. Lincoln RI: QualityMetric; 2000.
20. Bowling A, Bond M, Jenkinson C, Lamping DE. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health Medicine* 1999; 21(3): 255-70.
21. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. The Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *CMAJ* 2000; 163(3): 265-71.

Recebido em: 31/10/12

Versão final apresentada em: 05/08/13

Aceito em: 07/08/13