

Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde

Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care

Celline Cardoso Almeida-Brasil¹
 Micheline Rosa Silveira¹
 Kátia Rodrigues Silva¹
 Marina Guimarães Lima¹
 Christina Danielli Coelho de Moraes Faria²
 Claudia Lins Cardoso³
 Hans-Joachim Karl Menzel⁴
 Maria das Graças Braga Ceccato¹

Abstract *This study aimed to identify the characteristics associated to quality of life (QOL) in users of four Basic Health Units (Unidades Básicas de Saúde, UBS) in Belo Horizonte, Minas Gerais. We conducted a cross-sectional study with 930 adult users enrolled in the selected UBS, using a questionnaire containing the WHOQOL-bref instrument and questions about sociodemographic characteristics, lifestyle and health conditions. Following descriptive analysis, we performed simple and multiple linear regression to evaluate the association between the exposure variables and the QOL domains. The highest mean values of QOL were observed in the social relationships domain. The lowest means were observed in the environment domain, with a statistically significant difference between some of the UBS. The worst perceptions of QOL were related to worse health, housing, education and income conditions, as well as problems in social relationships and psychological conditions. Actions are needed to improve QOL in Primary Health Care users through actions promoted by both health professionals and public managers.*

Key words *Quality of life, Basic health units, Primary Health Care*

Resumo *O objetivo deste estudo foi identificar as características associadas à qualidade de vida (QV) em usuários de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte, Minas Gerais. Delineou-se um estudo transversal com 930 usuários adultos e cadastrados nas UBS selecionadas. Utilizou-se o um questionário contendo o instrumento WHOQOL-bref e perguntas sobre características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde. Após análise descritiva, realizou-se regressão linear simples e múltipla para avaliar a associação entre as variáveis de exposição e os domínios da QV. As maiores médias de QV foram observadas no domínio relações sociais. No domínio ambiente foram observadas as menores médias, com diferença estatisticamente significativa entre algumas das UBS. As piores percepções de QV relacionaram-se com piores condições de saúde, habitação, educação e renda, além de problemas nas relações sociais e condições psicológicas. São necessários esforços para a melhoria da QV em usuários da Atenção Primária, por meio de ações promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos.*

Palavras-chave *Qualidade de vida, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária à Saúde*

¹ Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Av Antônio Carlos 6627/1027, Pampulha, 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil.
 celline.cardoso@gmail.com

² Departamento de Fisioterapia, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte MG Brasil.

³ Departamento de Psicologia, UFMG, Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Departamento de Esportes, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

A qualidade de vida (QV) é um construto multidimensional proposto como um indicador de saúde da população e sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde¹. A QV pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, envolvendo dimensões da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual².

Características como capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental podem ser avaliados por instrumentos que mensuram a QV^{3,4}. Os instrumentos mais utilizados são genéricos, ou seja, avaliam vários aspectos do impacto resultante de uma condição de saúde, como a capacidade funcional, a dor e o estado geral da saúde. Dentre os instrumentos genéricos, o *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form* (MOS SF-36), o *Medical Outcomes Studies 12-item Short-Form* (MOS SF-12), o EuroQol (EQ-5D) e o WHOQOL-100 são os mais utilizados^{5,6}. O WHOQOL-bref, uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade⁷. O instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação⁷. Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive⁸.

Observa-se que vários estudos realizados no Brasil avaliaram a QV de indivíduos em populações específicas, como idosos e gestantes⁹⁻¹¹, ou naquelas com agravos à saúde distintos¹²⁻¹⁴. Por outro lado, poucos estudos avaliaram a QV da população geral, com diferentes perfis de saúde, como os indivíduos atendidos pela Atenção Primária de Saúde (APS)¹⁵. A APS é a porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) com capacidade para responder a 85% das necessidades e dos problemas de saúde da população geral, com a realização de serviços preventivos, curativos e de promoção, além de integrar os cuidados e lidar com o contexto de vida dos indivíduos¹⁶.

Estudos realizados no contexto da atenção primária observaram uma variabilidade de percepção da QV, apontando o domínio “relações sociais” como aquele com a maior contribuição

para uma boa QV, e o domínio “ambiente” com a menor^{9,11,12,15,17}. A presença de doenças, a baixa adesão ao tratamento e o baixo nível educacional são fatores associados a uma pior percepção da QV em indivíduos atendidos na APS^{18,19}.

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) foi instituído no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010²⁰. Em Belo Horizonte, o PET-Saúde III foi desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Secretaria Municipal de Saúde²¹. A avaliação da QV e o conhecimento do perfil de saúde dos indivíduos que buscam atendimento na APS podem fornecer informações para subsidiar políticas públicas em saúde, como a identificação de situações de risco para agravos à saúde, além do conhecimento das características da população atendida e das ambientais e sociais do território das Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolvidas no programa. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e identificar seus fatores associados em usuários de quatro UBS de Belo Horizonte integrantes do PET-Saúde III.

Métodos

Este estudo integra o projeto “Qualidade de vida e perfil de saúde dos indivíduos atendidos em quatro UBS em Belo Horizonte” – Projeto Pró-Vida, que visou atender uma demanda do PET-Saúde III, na linha temática de “Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças Crônicas”. Os principais objetivos ao realizar o Projeto Pró-Vida foram caracterizar o perfil de saúde e avaliar a qualidade de vida dos usuários atendidos na APS. Foram selecionadas quatro UBS onde eram desenvolvidos projetos de pesquisa do PET-Saúde, com o intuito de dar continuidade às ações da UFMG nelas.

Participaram do estudo quatro UBS dos seguintes Distritos Sanitários: Centro-Sul, Nordeste, Norte e Venda Nova. De acordo com os dados do cadastro familiar no sistema Censo BH-Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, em 2012, todas as UBS apresentavam mais de oito mil pacientes cadastrados, sendo cerca de 54% mulheres e 74% adultos. Quanto aos recursos em saúde, todas as UBS contavam com pelo menos três Equipes de Saúde da Família.

Os critérios de elegibilidade incluíram indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, inclusive gestantes, cadastrados e assistidos pe-

las UBS incluídas, que buscavam atendimento próprio, no momento da entrevista, dentro do período de coleta do estudo. Acompanhantes de adultos ou crianças não foram incluídos. A amostra foi estimada em 884 indivíduos adultos, considerando: (i) população infinita; (ii) prevalência *a priori* de 50%, devido à heterogeneidade dos eventos avaliados; (iii) precisão de 5%; (iv) intervalo de confiança de 95%; (v) efeito do desenho igual a 2; e (vi) 30% de possíveis recusas. A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, sendo a abordagem realizada a cada três indivíduos que adentravam na UBS, até atingir o número amostral mínimo estimado para cada uma (221 indivíduos). Foram selecionados os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas de setembro de 2013 a abril de 2014 em sala reservada dentro de cada UBS, por meio de questionário semiestruturado, sendo todas as informações obtidas por autorrelato. Todas as entrevistas foram realizadas por acadêmicos do PET-Saúde, previamente treinados com os procedimentos a serem realizados. O banco de dados foi criado no programa Epi Info versão 3.5.4 (*Center for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e foi realizado controle da qualidade da digitação dos dados, com replicação de 10% das digitações para cada UBS. A análise de confiabilidade entre digitadores foi realizada por meio da estatística kappa, sendo que o médio foi de $\kappa = 0,97$ para a UBS Centro-Sul, $\kappa = 1,00$ para a UBS Nordeste, $\kappa = 0,97$ para a UBS Norte e $\kappa = 0,99$ para a UBS Venda Nova, indicando ótima concordância em todas unidades. A análise de confiabilidade do questionário foi realizada por meio de reentrevista em 10% da amostra, obtendo-se $\kappa = 1,00$.

A variável resposta foi a QV. Para a avaliação da QV foi utilizado o WHOQOL-bref, com 26 questões, sendo duas a respeito da qualidade de vida em geral (QV geral) e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original e estão divididas em quatro domínios: “físico” (e.g. dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (e.g. sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (e.g. relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (e.g. segurança física, am-

biente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte). As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL⁷, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV.

As variáveis explicativas foram organizadas em (i) características sociodemográficas (sexo, cor, idade, viver com companheiro, escolaridade, renda própria, ocupação e número de pessoas na residência); e (ii) características de estilo de vida e condições de saúde (hábito de fumar, uso de bebida alcoólica, presença de doença crônica, uso de medicamento nos últimos 15 dias e saúde autorreferida).

Para a análise descritiva dos dados, foi determinada a frequência das variáveis explicativas e a média e desvio padrão (DP) para cada domínio da QV. Para a análise de associações entre as variáveis explicativas e os domínios da QV utilizou-se teste t e ANOVA, por meio dos testes de Tukey (se variâncias iguais presumidas) ou Games-Howell (se variâncias iguais não presumidas). As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada foram inseridas no modelo de regressão linear múltipla, realizada para cada domínio do WHOQOL-bref. A análise de resíduos demonstrou distribuição normal e variância constante na regressão linear de cada domínio. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Resultados

Foram entrevistados 930 pacientes das quatro UBS do estudo (Centro-sul: 193; Nordeste: 226; Norte: 220; Venda Nova: 291). As perdas e recusas foram inferiores a 1%, sendo a falta de tempo o principal motivo relatado.

Na Tabela 1 estão demonstradas as características sociodemográficas, de estilo de vida e condições de saúde da população total incluída e estra-

tificada pela UBS de origem. A amostra foi predominantemente feminina (79,9%), com média de idade de 45 anos (DP = 16,4), variando de 18 a

90 anos. A maioria dos indivíduos apresentou até oito anos de estudo (64,7%), não vivia com companheiro (51,8%) e tinha renda própria (72,4%).

Tabela 1. Características da população total (n = 930) e estratificada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte - MG, 2014.

Distrito da UBS	Centro-Sul (n = 193)		Nordeste (n = 226)		Norte (n = 220)		Venda Nova (n = 291)		Total (n = 930)	
	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%	n*	%
Sociodemográficas										
Sexo										
Feminino	157	81,3	180	79,6	171	77,7	235	80,8	743	79,9
Masculino	36	18,7	46	20,4	49	22,3	56	19,2	187	20,1
Cor										
Branca	14	7,3	51	23,3	44	20,1	56	19,3	165	17,9
Outras	178	92,7	168	76,7	175	79,9	234	80,7	755	82,1
Idade										
18-39	100	51,8	79	34,9	75	34,1	129	44,3	383	41,2
40-59	65	33,7	84	37,2	92	41,8	106	36,4	347	37,3
≥ 60	28	14,5	63	27,9	53	24,1	56	19,3	200	21,5
Viver com companheiro										
Sim	87	45,1	99	43,8	100	45,7	161	55,5	448	48,2
Não	106	54,9	127	53,2	119	54,3	129	44,5	482	51,8
Escolaridade										
Até 8 anos de estudo	152	78,8	118	52,2	153	69,5	179	61,5	602	64,7
Mais de 8 anos de estudo	41	21,2	108	47,8	67	30,5	112	38,5	328	35,3
Renda própria										
Sim	145	75,1	170	75,6	162	73,6	196	67,4	673	72,4
Não	48	24,9	55	24,4	58	26,4	95	32,6	256	27,6
Ocupação										
Sim	123	65,1	121	56,5	91	45,7	140	51,1	475	54,2
Não	66	34,9	93	43,5	108	54,3	134	48,9	401	45,8
Com quantas pessoas mora										
Morar sozinho	6	3,1	12	5,3	4	1,8	12	4,1	34	3,7
Até 3 pessoas	118	61,1	124	54,9	118	53,6	168	57,8	528	56,7
Mais de 3 pessoas	69	35,8	90	39,8	98	44,6	111	38,1	368	39,6
Estilo de vida e condições de saúde										
Fumante										
Sim	71	36,8	71	31,4	72	32,7	88	33,1	302	33,4
Não	122	63,2	155	68,6	148	67,3	178	66,9	603	66,6
Uso de bebida alcóolica										
Nunca ou eventual	156	96,3	221	98,7	207	98,6	277	98,9	861	98,3
2 ou + vezes por semana	6	3,7	3	1,3	3	1,4	3	1,1	15	1,7
Presença de doença crônica**										
Sim	115	60,8	142	64,3	140	65,1	190	66,4	587	64,4
Não	74	39,2	79	35,7	75	34,9	96	33,6	324	35,6
Uso de medicamento nos últimos 15 dias										
Sim	147	76,2	171	75,7	176	81,1	232	80,0	717	77,4
Não	46	23,8	55	24,3	41	18,9	58	20,0	209	22,6
Saúde autorreferida										
Boa - excelente	99	51,8	148	65,5	117	53,9	170	59,4	534	58,0
Razoável - ruim	92	48,2	78	34,5	100	46,1	116	40,6	386	42,0

* Total varia devido a dados faltantes; ** Artrite, asma, bronquite, depressão, diabetes, insuficiência renal crônica e hipertensão.

Quanto às características de estilo de vida e condições de saúde, a maior parte da amostra não era fumante (66,6%), não utilizava bebida alcoólica ou a utilizava eventualmente (98,3%), apresentava pelo menos uma doença crônica (64,4%), fazia uso de algum medicamento nos últimos 15 dias (77,4%) e autorreferia sua saúde como boa ou excelente (58,0%). As doenças crônicas mais relatadas foram hipertensão (36,0%), depressão (29,6%), diabetes (14,2%), artrite, artrose ou reumatismo (14,2%) e asma (10,3%). Em geral, as características dos participantes apresentaram o mesmo padrão entre as UBS, sendo que as maiores diferenças foram observadas entre as dos distritos Centro-Sul e Nordeste, principalmente nas características sociodemográficas. Em comparação com as outras UBS, menor proporção de participantes cadastrados na UBS Centro-Sul era de cor branca e maior proporção era jovem, com baixa escolaridade e pior saúde autorreferida (Tabela 1).

As médias da QV nos domínios foram diferentes entre as UBS do estudo, sendo que, em todos os domínios, a unidade Nordeste apresentou maior média e a Centro-Sul a menor (Tabela 2). As maiores médias foram observadas para o domínio relações sociais, tanto em cada UBS quanto na população total das quatro unidades, enquanto as menores ocorreram para o domínio ambiente. Neste domínio, a UBS do distrito Centro-Sul apresentou uma média de QV significativamente menor que as das unidades Venda Nova e Nordeste. A UBS Norte também apresentou menor média que a Nordeste no domínio ambiente (Tabela 2).

Na análise univariada, apresentada na Tabela 3, as médias da QV geral foram menores para indivíduos entre 40 e 59 anos ($p < 0,001$), com até oito anos de estudo ($p < 0,001$), sem renda própria ($p = 0,003$), sem ocupação ($p < 0,001$), fumantes ($p = 0,015$), com alguma doença crônica ($p < 0,001$),

em uso de algum medicamento ($p < 0,001$) e com saúde autorreferida como razoável ou ruim ($p < 0,001$). Para os domínios físico, psicológico e relações sociais, as características associadas foram semelhantes àquelas da QV geral, diferindo apenas (i) na idade para o domínio físico, em que a menor média foi para indivíduos maiores de 60 anos ($p < 0,001$); (ii) no sexo para o domínio psicológico, em que as mulheres apresentaram menor média ($p < 0,002$); e (iii) no número de pessoas na residência para o domínio relações sociais, em que pacientes que viviam sozinhos apresentaram menor média ($p = 0,041$). No domínio ambiente as menores médias foram para as mulheres ($p = 0,007$), para os pacientes com idade entre 40 e 59 anos ($p < 0,001$), com até oito anos de estudo ($p < 0,001$), sem renda própria ($p < 0,001$), fumantes ($p = 0,011$), com presença de doença crônica ($p = 0,004$) e que autorreferiram sua saúde como razoável ou ruim ($p < 0,001$).

Os resultados da análise de regressão multivariada estão apresentados na Tabela 4. Após a análise ajustada, renda própria e saúde autorreferida foram as únicas variáveis que permaneceram associadas à QV geral e à QV em todos os quatro domínios. Indivíduos com renda própria apresentaram de 2,7 a 5,5 pontos a mais nas médias da QV do que aqueles que dependem da renda de outras pessoas. Indivíduos que relataram sua própria saúde como razoável ou ruim diminuíram de 9,2 a 17,3 pontos nas médias da QV geral e nos quatro domínios, em relação àqueles que consideraram a saúde como boa ou excelente. Indivíduos com menos de oito anos de estudo apresentaram uma pior percepção na QV nos domínios físico, psicológico e ambiente, em comparação àqueles com escolaridade acima de oito anos. A presença de doença crônica esteve associada negativamente à QV geral e nos domínios físico e psicológico. O uso de medicamentos

Tabela 2. Distribuição dos escores médios da qualidade de vida (QV) geral e em cada domínio do WHOQOL-bref para a população total ($n = 930$) e estratificada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte - MG, 2014.

Domínios e QV geral	UBS (média \pm desvio padrão)				
	Todas UBS	Centro-Sul	Nordeste	Norte	Venda Nova
Físico	63,0 \pm 18,1	61,0 \pm 18,4	64,7 \pm 18,5	62,1 \pm 17,6	63,8 \pm 18,0
Psicológico	66,5 \pm 16,3	64,9 \pm 17,7	68,2 \pm 15,7	66,5 \pm 16,7	66,2 \pm 15,4
Relações Sociais	68,2 \pm 20,4	67,2 \pm 20,7	69,3 \pm 20,7	68,0 \pm 20,1	68,0 \pm 20,3
Ambiente	52,4 \pm 15,5	48,0 \pm 16,2*	56,0 \pm 16,0**	51,6 \pm 15,6*	53,3 \pm 13,7**
QV Geral	65,2 \pm 19,2	63,9 \pm 18,8	68,2 \pm 19,4	64,0 \pm 20,0	64,6 \pm 18,4

*Média estatisticamente menor que a média da UBS Nordeste. **Média estatisticamente maior que a média da UBS Centro-Sul.

Notas: Teste estatístico: ANOVA (Games-Howell).

Tabela 3. Associação univariada entre as variáveis de exposição e a qualidade de vida (QV) em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte - MG, 2014

Variáveis	Escores WHOQOL-bref (Média (DP))				
	QV Geral	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente
Sexo					
Feminino	65,0 (19,5)	62,7 (18,4)	65,6 (16,8)	67,7 (21,1)	51,7 (15,6)
Masculino	66,1 (17,8)	64,5 (17,0)	69,8 (13,4)	70,0 (17,0)	55,1 (14,6)
Valor p	0,450	0,230	0,002	0,195	0,007
Cor					
Branca	64,4 (20,1)	61,7 (18,4)	67,7 (15,2)	69,1 (20,8)	54,2 (15,3)
Outras	65,2 (18,9)	63,2 (18,0)	66,0 (16,5)	67,8 (20,3)	52,0 (15,3)
Valor p	0,622	0,280	0,244	0,467	0,095
Idade					
18-39	69,8 (18,1)	67,9 (16,5)	68,2 (15,6)	71,4 (19,8)	52,6 (15,1)
40-59	61,8 (19,5)	59,9 (18,4)	64,6 (17,1)	63,7 (21,4)	50,2 (15,9)
> 60	62,2 (18,8)	58,9 (18,1)	66,2 (15,7)	69,5 (18,2)	55,8 (14,7)
Valor p	< 0,001	< 0,001	0,014	< 0,001	< 0,001
Viver com companheiro					
Sim	66,0 (17,9)	63,1 (17,7)	67,1 (15,5)	69,5 (19,4)	51,9 (14,5)
Não	64,4 (20,2)	62,9 (18,4)	65,8 (16,9)	66,9 (21,2)	52,8 (16,3)
Valor p	0,219	0,877	0,204	0,055	0,378
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	62,9 (19,0)	60,2 (18,1)	64,3 (16,3)	66,3 (21,6)	50,4 (15,1)
Mais de 8 anos de estudo	69,3 (18,7)	68,2 (16,9)	70,3 (15,4)	71,4 (19,5)	56,0 (15,3)
Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Renda própria					
Sim	66,3 (18,5)	64,2 (17,3)	67,8 (15,6)	69,4 (19,9)	54,1 (15,2)
Não	62,1 (20,4)	59,8 (19,6)	62,6 (17,3)	64,5 (21,2)	47,7 (14,8)
Valor p	0,003	0,001	< 0,001	0,001	< 0,001
Ocupação					
Sim	67,2 (18,0)	66,2 (16,2)	68,0 (15,6)	69,2 (20,2)	52,4 (15,4)
Não	62,2 (20,2)	59,2 (19,4)	64,4 (16,8)	66,4 (20,8)	62,3 (15,6)
Valor p	< 0,001	< 0,001	0,001	0,049	0,922
Com quantas pessoas mora					
Morar sozinho	65,4 (19,4)	60,1 (18,9)	67,1 (17,2)	64,0 (26,0)	57,3 (16,3)
Até 3 pessoas	64,8 (19,4)	63,4 (17,6)	67,0 (16,1)	69,5 (20,0)	52,6 (15,9)
Mais de 3 pessoas	65,6 (18,8)	62,7 (18,7)	65,5 (16,4)	66,4 (20,1)	51,6 (14,6)
Valor p	0,826	0,548	0,415	0,041	0,109
Fumante					
Sim	63,0 (19,7)	60,8 (18,5)	63,7 (16,9)	64,8 (20,5)	50,4 (14,8)
Não	66,3 (18,9)	64,0 (17,8)	67,7 (15,8)	69,7 (19,9)	53,2 (15,6)
Valor p	0,015	0,014	0,001	0,001	0,011
Uso de bebida alcoólica					
Nunca ou eventual	65,4 (18,9)	63,2 (17,9)	66,6 (16,1)	68,4 (20,4)	52,5 (15,2)
2 ou + vezes por semana	58,3 (26,1)	57,7 (23,1)	58,7 (22,7)	62,7 (19,3)	54,5 (18,1)
Valor p	0,151	0,238	0,063	0,286	0,612

continua

esteve associado somente à QV geral e no domínio físico. Indivíduos que relataram fazer uso de cigarro apresentaram menores médias que os não fumantes nos domínios psicológico e rela-

ções sociais. Morar em locais com mais de três pessoas na residência esteve negativamente associado ao domínio relações sociais, assim como viver sem companheiro. A variável sexo só per-

Tabela 3. continuação

Presença de doença crônica					
Sim	60,9 (19,7)	58,7 (18,5)	63,9 (16,9)	65,6 (21,2)	51,2 (15,7)
Não	72,8 (15,2)	70,8 (14,2)	71,0 (13,7)	72,4 (18,1)	54,3 (14,5)
Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,004
Uso de medicamento*					
Sim	63,0 (19,2)	60,6 (18,2)	65,4 (16,5)	67,1 (20,2)	51,9 (15,4)
Não	72,3 (16,8)	71,2 (15,2)	69,9 (14,9)	71,5 (20,7)	54,0 (15,5)
Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,006	0,090
Saúde autorreferida					
Boa - excelente	73,5 (15,1)	70,8 (14,4)	71,3 (13,5)	72,6 (18,7)	56,5 (14,7)
Razoável - ruim	53,7 (18,0)	52,3 (17,1)	59,6 (17,4)	62,0 (21,0)	46,7 (14,7)
Valor p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

*Nos últimos 15 dias; DP: Desvio padrão.

Notas: Testes estatísticos: Teste "t" de student e ANOVA (Tukey para variâncias iguais presumidas e Games-Howell para variâncias iguais não presumidas).

Tabela 4. Modelo multivariado final dos fatores associados à média de qualidade de vida (QV) em pacientes atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de quatro distritos sanitários de Belo Horizonte - MG, 2014.

Variáveis Risco vs. referência	Escore WHOQOL-bref				
	QV Geral Média (IC95%)	Físico Média (IC95%)	Psicológico Média (IC95%)	Relações sociais Média (IC95%)	Ambiente Média (IC95%)
Sexo					
Mulher vs. homem	-----	-----	-3,3(-5,8;-0,8)**	-----	-----
Idade (anos)					
40-59 vs. 18-39	-----	-----	-----	-5,5(-8,1;-2,9)***	-----
> 60 vs. 18-39	-----	-----	-----	-----	4,9(2,5;7,3)***
Viver com companheiro					
Não vs. sim	-----	-----	-----	-2,7(-5,3;-0,2)*	-----
Escolaridade (anos de estudo)					
< 8 vs. 8 ou mais	-----	-2,5(-4,7;-0,2)*	-3,0(-5,2;-0,9)**	-----	-3,1(-5,2;-1,0)**
Ter renda própria					
Sim vs. não	3,9(1,5;6,2)**	2,7(0,1;5,2)*	3,6(1,4;5,9)**	4,4(1,5;7,2)**	5,5(3,4;7,6)***
Ocupação					
Não vs. sim	-----	-2,9(-5,2;-0,6)*	-----	-----	-----
Nº de pessoas na residência					
> 3 vs. até 3	-----	-----	-----	-2,8(-5,4;-0,3)*	-----
Fumante					
Sim vs. não	-----	-----	-2,2(-4,3;-0,1)*	-2,8(-5,5;-0,1)*	-----
Doença crônica					
Sim vs. não	-6,0(-8,4;-3,7)***	-5,8(-8,1;-3,5)***	-3,9(-6,0;-1,7)***	-----	-----
Uso de medicamento					
Sim vs. não	-3,1(-5,7;-0,4)*	-4,6(-7,2;-2,1)***	-----	-----	-----
Saúde autorreferida					
Razoável ou ruim vs. boa ou excelente	-17,3(-19,6;-15,0)***	15,1(-17,4;-12,9)***	-9,8(-11,9;-7,7)***	-9,8(-12,4;-7,2)***	-9,2(-11,1;-7,2)***
UBS					
Centro-Sul vs. Nordeste	-----	-----	-----	-----	-4,3(-6,6;-2,0)***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Notas: Teste estatístico: Regressão Linear.

maneceu associada ao domínio psicológico, sendo que mulheres apresentaram pior percepção da QV do que homens. Observou-se associação negativa entre a QV no domínio físico e indivíduos sem ocupação. Em relação à idade, considerando como grupo de referência a faixa etária entre 18 a 39 anos, indivíduos entre 40 a 59 anos apresentaram pior percepção da QV no domínio relações sociais e indivíduos idosos demonstraram melhor percepção no domínio ambiente. Por fim, pacientes atendidos na UBS Centro-Sul tiveram pior percepção da QV no domínio ambiente do que aqueles na UBS Nordeste.

Discussão

Neste estudo avaliou-se a QV percebida por usuários que buscaram atendimentos em quatro UBS do município de Belo Horizonte, com intuito de subsidiar o diagnóstico da situação de saúde da população atendida em serviços de APS. As características gerais da população encontradas neste estudo, como o predomínio de mulheres e a baixa escolaridade, assemelham-se àquelas observadas em outros estudos realizados com usuários do SUS no Brasil^{22,23}. O mesmo ocorre em relação ao perfil de doenças crônicas, que foi semelhante àquele encontrado em um estudo realizado em três UBS do Rio Grande do Sul, no qual as doenças mais prevalentes encontradas foram as circulatórias, seguidas das mentais, endócrinas, osteomusculares e respiratórias¹².

As médias da QV observadas nos quatro domínios e na QV geral foram menores do que aquelas comumente relatadas por outros autores. No entanto, o padrão da QV nos domínios foi semelhante ao de outros estudos brasileiros, com o de relações sociais apresentando a melhor média e o de ambiente apresentando a menor, geralmente por serem realizados em comunidades que estão em áreas de maior vulnerabilidade social^{12,15,17}.

A vulnerabilidade social pode ser a razão da diferença para o domínio ambiente entre as UBS. Para diagnóstico da situação de saúde do município de Belo Horizonte, que envolve condições ambientais e sociais adversas, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realiza, periodicamente, o cálculo do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) conforme a distribuição dos setores censitários (SC)²⁴. De acordo com a distribuição dos SC de Belo Horizonte por categoria de IVS, em 2012 observou-se que a região onde está situada a UBS Centro-Sul era considerada de elevado risco de vulnerabilidade, apre-

sentando o maior IVS de todas as UBS incluídas no estudo, seguida pela UBS Norte, Venda Nova e Nordeste, sendo que essas duas últimas foram consideradas como baixo risco²⁴. Um estudo observou que as condições de saúde de idosos de Belo Horizonte variavam segundo o IVS, sendo as piores condições associadas às áreas de elevado risco²⁵. Podestá et al.¹⁵ também observaram que a localização da UBS influenciava na QV dos pacientes, sobretudo nas unidades localizadas em regiões periféricas. Uma vez que a menor média da QV foi observada para no domínio ambiente, destaca-se a importância de investimentos e políticas de desenvolvimento e planejamento urbano, visando uma melhora da QV de populações que vivem em áreas vulneráveis.

Após análise multivariada, a idade manteve-se associada à QV nos domínios relações sociais e ambiente. No domínio relações sociais, indivíduos entre 40 e 59 anos apresentaram pior percepção da QV que jovens adultos. Isso pode ser justificado pela concepção de que jovens adultos encontram-se na fase da vida na qual se atinge o pico funcional da rede de relacionamentos, enquanto que a entrada no mercado de trabalho, o casamento e os filhos tomam um tempo que antes era dedicado às amizades, sendo que o lazer de adultos mais velhos envolve mais a família do que os amigos²⁶. No domínio ambiente, indivíduos idosos apresentaram melhor percepção da QV do que jovens adultos. Esse resultado também foi observado por outros estudos^{18,27} e pode estar relacionado à provisão de ambientes mais adequados e seguros aos idosos, como instituições de longa permanência, uma vez que moradia e ambiente físico adequados têm influência positiva na QV do idoso²⁸. No estudo de Vitorino et al.²⁹, indivíduos idosos da comunidade apresentaram menor QV no domínio ambiente em comparação àqueles em instituições de longa permanência.

Os fatores socioeconômicos, como renda, escolaridade e ocupação, apresentam o mesmo padrão em relação à QV, uma vez que a baixa escolaridade está relacionada às desigualdades na distribuição de renda e menor inserção no mercado de trabalho^{30,31}. Neste estudo, ter renda própria esteve associado a uma melhor QV geral e em todos os domínios. Resultados similares foram encontrados por Azevedo et al.¹², que observaram que classes sociais mais baixas demonstraram pior QV em todos os quatro domínios. Esses resultados também foram encontrados em estudo realizado com mulheres do Irã, onde estar satisfeita com a própria renda resultou em melhor QV, também nos quatro domínios³². Para in-

divíduos com baixa escolaridade, a associação foi mais forte nos domínios psicológico e ambiente e não foi significativa para o relações sociais, sendo que este resultado também foi observado por outros autores, em estudo com idosos brasileiros³³. Não estar ocupado, por sua vez, só esteve associado a uma pior percepção da QV no domínio físico, justamente aquele que inclui atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho, corroborando com a concepção de que o trabalho também é algo que dá sentido à vida, eleva o *status* e impulsiona o crescimento do ser humano³⁴.

Em relação ao sexo, as mulheres apresentaram pior percepção da QV do que homens em todos os domínios, mas apenas para o psicológico a diferença foi estatisticamente significativa. O mesmo resultado foi observado por outros autores^{19,27,35}, e a relação entre sexo feminino e fatores psicossociais é bem relatada em estudos da literatura, nos quais as mulheres reportaram ter mais sentimentos negativos, baixa autoestima e depressão do que homens^{36,37}. Viver sem companheiro esteve associado a uma menor percepção da QV no domínio relações sociais, assim como observado por outros autores^{12,19,38}. Indivíduos sem parceiros tendem a ter pior desempenho em aspectos estruturais das redes sociais de apoio, como menor contato com familiares e amigos, além de baixa frequência de ajudas recebidas e prestadas³⁹.

No presente estudo, o número de pessoas por residência variou de zero a 15, com uma média de 3,27 pessoas por domicílio, sendo muito próxima à média observada para o Brasil (3,3), de acordo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010⁴⁰. Os dados encontrados nas quatro UBS avaliadas demonstraram que morar com mais de três pessoas no mesmo domicílio esteve associado a uma pior percepção da QV no domínio relações sociais. O Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (*United Nations Human Settlements Programme – UN-HABITAT*) considera a “área suficiente para viver” como uma dimensão a ser avaliada para monitoramento dos assentamentos precários, sendo preconizado não mais que duas pessoas compartilhando o mesmo dormitório, a fim de se criar um espaço adequado para o desenvolvimento das relações humanas e da interação social^{40,41}.

Quanto aos hábitos e estilo de vida, ser fumante esteve associado a uma pior QV nos domínios psicológico e relações sociais. Em concordância, outros estudos observaram que tabagistas apresentam menores índices de QV quando comparados a indivíduos não fumantes, principalmente nos domínios psicológico e relações

sociais, sendo que quanto maior o grau de dependência do tabaco, maior o prejuízo na QV⁴²⁻⁴⁴. No domínio psicológico, esse resultado pode ser justificado pelo fato de que alguns sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão, têm relação com o tabagismo e poderiam resultar em pior QV⁴⁴⁻⁴⁷. Em relação ao domínio relações sociais, o tabagismo passou de comportamento social aceitável para um hábito indesejável socialmente, o que tem exercido uma influência negativa nas relações sociais⁴⁸.

Quanto às condições de saúde, a presença de doenças crônicas esteve associada a uma pior QV geral e nos domínios físico e psicológico. As doenças crônicas são mais propensas a limitar as atividades diárias, devido aos sintomas físicos, como a dor e o desconforto, o que pode diminuir a capacidade funcional do indivíduo e refletir negativamente na sua QV, sobretudo no domínio físico^{19,49-52}. Da mesma forma, no domínio psicológico as limitações impostas pela doença crônica impactam na saúde mental, na percepção sobre os sentimentos e na autoimagem do indivíduo, o que pode diminuir a sua QV significativamente⁴⁹⁻⁵¹. Assim como observado no presente estudo, têm-se demonstrado uma associação negativa entre tratamento farmacológico e QV no domínio físico. Uma possível explicação seria o fato do uso de medicamentos estar associado a menor autonomia do paciente, que por sua vez diminui a QV⁵³⁻⁵⁵. É importante ressaltar que depender de medicamentos ou tratamentos pode ser visto tanto como um fator de piora da QV pela diminuição da autonomia, como de melhora pelo efeito benéfico que alguns medicamentos e/ou tratamentos proporcionam⁵⁶.

Quanto à saúde autorreferida, a ter razoável ou ruim esteve associado a pior qualidade de vida na QV geral e em todos os domínios do WHO-QOL-bref, sendo que a QV geral, que corresponde às facetas “avaliação da qualidade de vida” e “satisfação com a saúde” foi a que esteve mais fortemente associada a essa autopercepção negativa. Azevedo et al.⁵⁷ verificaram que os indivíduos que se percebem como saudáveis apresentam melhor avaliação da QV global. A autopercepção de saúde é considerada um bom preditor de mortalidade e de outros indicadores de saúde, e reflete a percepção do indivíduo sobre sua saúde e inclui as dimensões biológicas e psicossociais⁵⁸. Em comparação com os demais domínios, o físico apresentou a maior associação negativa entre a autopercepção de saúde como razoável ou ruim e a QV. Isso pode estar relacionado à presença de doenças crônicas ou aos hábitos de estilo de vida,

como o tabagismo e o sedentarismo, que estão associados à autopercepção de saúde do indivíduo como ruim⁵⁹. A saúde pode ser determinada e condicionada, na percepção do indivíduo, por uma série de fatores determinantes da saúde, como as condições de vida e trabalho, fatores psicossociais, econômicos, culturais e comportamentos individuais^{57,60}. Esses eixos que integram os determinantes da saúde estão presentes nas características dos domínios psicológico, relações sociais e ambiente, relacionando-se com os achados do presente estudo, no qual houve associação entre autopercepção de saúde razoável ou ruim com pior QV nos mesmos.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam diferenças significativas na avaliação da QV entre os indivíduos atendidos em quatro UBS do município de Belo Horizonte quanto a aspectos socioeconômicos, clínicos e de hábitos de vida. Esses resultados devem ser interpretados com precaução devido à dificuldade em estabelecer uma relação de causalidade direta, uma vez que se trata de um estudo de desenho do tipo transversal. A presença de doenças agudas no momento da entrevista não foi investigada e não foi possível avaliar sua influência na QV. Entretanto, o uso de medicamentos e a saúde autorreferida podem ser indicadores de enfermidades ou de mal-estar, sugerindo que a presença de doenças agudas no momento da entrevista possivelmente contribuiu para uma pior percepção de QV. Outra limitação se refere à própria natureza dos questionários utilizados, incluindo o WHO-QOL-*bref*, pois são instrumentos de autorrelato sujeitos a viés de resposta, ou seja, tendências de distorção da resposta para uma direção favorável, negando, assim, traços e comportamentos socialmente indesejáveis. No entanto, o WHOQOL-*bref* é um instrumento prático e com propriedades psicométricas satisfatórias, além de ser o instrumento de avaliação de QV mais difundido mundialmente e recomendado pela OMS. Pode-se inferir, portanto, que as percepções de pior QV relacionaram-se com piores condições de saúde e habitação, baixa escolaridade e renda familiar, problemas nas relações sociais e condições psicológicas, sugerindo falta de recursos de saúde, cultura, educação, lazer, saneamento, entre outros, que afetam diretamente a QV das pessoas.

A maioria dos estudos sobre QV foi realizada em populações específicas, como idosos ou indivíduos com algum perfil de saúde definido, sendo escassos estudos realizados na população geral atendida em serviços de APS. Este estudo destaca a importância de ações para a melhoria da QV

em usuários da Atenção Primária, a serem promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos. Dentre essas ações, salientam-se (i) campanhas educativas, como a elaboração de cartilhas e fortalecimento e divulgação de grupos operativos nas UBS; (ii) capacitação de profissionais de saúde e ampliação dos recursos humanos nos serviços de saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros; (iii) aprimoramento de políticas públicas quanto à infraestrutura urbana, saneamento, além de suporte e promoção social. Essas medidas podem trazer benefícios e refletir positivamente na qualidade de vida dos indivíduos e devem ser priorizadas pelos atores envolvidos no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Colaboradores

CC Almeida-Brasil e KR Silva trabalharam na redação do artigo, análise e interpretação dos dados. MR Silveira contribuiu com a concepção do projeto, redação e revisão crítica relevante do conteúdo do artigo. MG Lima, CDCM Faria, CL Cardoso e HJK Menzel contribuíram com a concepção do projeto e aprovação final da versão a ser publicada. MGB Ceccato contribuiu com a concepção do projeto, interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo do artigo, além de acompanhar todas as etapas do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) III, do qual esta pesquisa foi fruto. À colaboração de Luana Faria, Laís Lessa e Tarsilla Speziali Cardoso pelo apoio técnico e sugestões construtivas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq); à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo financiamento.

Referências

1. Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Rev Baiana Saúde Pública* 2008; 32(2):232-240.
2. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1403-1409.
3. Castro PC, Driusso P, Oishi J. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1):63-67.
4. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol. Med.* 1998; 28(3):551-558.
5. Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4257-4266.
6. Masson VA, Monteiro MI, Vedovato TG. Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas - revisão de literatura. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI, editores. *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e prática no século XXI*. Campinas: IPES; 2010. p. 45-54.
7. Fleck MPA. *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
8. Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2009; 31(3 Supl.):12.
9. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev APS* 2011; 14(1):93-100.
10. Castro DFA, Fraccolli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *O Mundo da Saúde* 2013; 37(2):159-165.
11. Santos AS, Silveira RE, Sousa MC, Monteiro T, Silvano CM. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. *REAS* 2012; 1(1):80-90.
12. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1774-1782
13. Correr CJ, Pontarolo R, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernández-Llimós F, Radominski RB. Tradução para o Português e Validação do Instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). *Arq. Bras Endocrinol Metab* 2008; 52(3):515-522.
14. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Quality of life for diabetic and hypertensive individual accompanied by the family health team. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17(4):672-679.
15. Podestá MHMC, Souza WA, Vilas Boas OMGC, Martins AD, Braz CL, Ferreira EB. Qualidade de vida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: perfil e fatores que interferem. *RUVRD* 2013; 11(2):316-326
16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
17. Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17(2):395-405.
18. Dawalibi NW, Goulart RM, Prearo LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3505-3512.
19. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* 2014; 14:833
20. Brasil. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o PET-Saúde, para a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. *Diário Oficial da União* 2010; 4 mar.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de educação superior. [acessado 2014 set 25]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/2012edital/index.php>
22. Novais M, Martins CB, Cechin J. *Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde-PNAD 2003 e 2008*. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2010.
23. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
24. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Índice de vulnerabilidade à saúde 2012. [acessado 2014 out 13]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento = conteudo&idConteudo = 151852&chPlc = 151852&pIdPlc = &papp = salanoticias>
25. Braga LS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12):2307-2315.
26. Souza LK, Hutz CS. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. *Psicol Estud* 2008; 13(2):257-265.
27. Xia P, Li N, Hau KT, Liu C, Lu Y. Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12:37.
28. O'Shea E. *La mejora de La calidad de vida de las personas mayores dependientes. Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y Tendencias*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2003.
29. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(Spe.):3-11.
30. Letelier ME. Escolaridade e inserção no mercado de trabalho. *Cad Pesquisa* 1999; 107:133-148.
31. Salvato MA, Ferreira, PCG, Duarte AJM. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estud Econ* 2010; 40(4):753-791.
32. Keshavarzi S, Ayatollahi SM, Zare N, Sharif F. Quality of life of childbearing age women and its associated factors: an application of seemingly unrelated regression (SUR) models. *Qual Life Res* 2013; 22(6):1255-1263.
33. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev* 2009; 56(1):109-115.
34. Rodrigues MVC. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise num nível gerencial*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

35. Gholami A, Jahromi LM, Zarei E, Dehghan A. Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. *Int J Prev Med* 2013; 4(7):809-817.
36. Kling K, Hyde JS, Showers C, Buswell B. Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1999; 125(4):470-500.
37. Sjögren E, Kristenson M; Linquest group. Can gender differences in psychosocial factors be explained by socioeconomic status? *Scand J Public Health* 2006; 34(1):59-68.
38. Marchiori GF, Dias FA, Tavares DMS. Quality of life among the elderly with and without companion. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2013; 7(4):1098-106. [acessado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4053>
39. Rosa TE, Benício MH, Alves MC, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):2982-2992.
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira-2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
41. Bueno LMM. *Projeto e favela: metodologia para projetos de urbanização* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
42. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, Miguel AC, Araújo RB. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev Psiquiatr Clin* 2007; 34(2):61-67.
43. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOB. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol* 2010; 36(1):67-74.
44. Moreira TC, Figueiró LR. Qualidade de vida em tabagistas que buscaram auxílio para deixar de fumar por meio de aconselhamento telefônico. *Rev Bras Cancerologia* 2011; 57(3):329-333.
45. Figueiró LR, Cassandra BB, Benchaya MC, Bisch NK, Ferigolo M, Barros HMT, Dantas DCM. Assessment of changes in nicotine dependence, motivation, and symptoms of anxiety and depression among smokers in the initial process of smoking reduction or cessation: a short-term follow-up study. *Trends Psychiatry Psychother* 2013; 35(3):212-220.
46. Lima MS, Viegas CAA. Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuraram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal. *Rev Bras Cancerol* 2011; 57(3):345-353.
47. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol* 2007; 33(5):592-601.
48. Martins KC, Seidl EMF. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psic Teor e Pesq* 2011; 27(1):55-64.
49. Dogar IA, Haider N, Ahmad M, Naseem S, Bajwa A. Comparison of quality of life among cardiac, hepatic, cancer, and dermatological patients. *J Pak Med Assoc* 2012; 62(3):232-235.
50. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol* 2007; 17(4):290-295.
51. Nicolson P, Anderson P. The patient's burden: physical and psychological effects of acute exacerbations of chronic bronchitis. *J Antimicrob Chemother* 2000; 45:25-32.
52. Yabroff KR, McNeel TS, Waldron WR, Davis WW, Brown ML, Clauser S, Lawrence WF. Health Limitations and Quality of Life Associated With Cancer and Other Chronic Diseases by Phase of Care. *Med Care* 2007; 45(7):629-637.
53. Areias ME, Pinto CI, Vieira PF, Castro M, Freitas I, Sarmiento S, Matos S, Viana V, Areias JC. Living with CHD: quality of life (QOL) in early adult life. *Cardiol Young*. 2014; 24(Supl. 2):60-65.
54. Oliveira SE, Von Honendorff J, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MP, Trentini CM. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saude Publica* 2013; 29(7):1437-1448.
55. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosos de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):955-969.
56. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica* 2003; 37:793-799.
57. Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2012; 17(2):119-127.
58. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53(3):S144-S152.
59. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *RBMFC* [Internet]. 2010; 5(17):9-15. [acessado 2014 out 21]. Disponível em: <http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/175>
60. Reichert FF, LochMR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3353-3362.

Artigo apresentado em 11/03/2015

Aprovado em 22/11/2015

Versão final apresentada em 24/11/2015