

## Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil

Bruna de Oliveira Ascef<sup>I</sup>, João Paulo Amaral Haddad<sup>II</sup>, Juliana Álvares<sup>III</sup>, Augusto Afonso Guerra Junior<sup>III</sup>, Ediná Alves Costa<sup>IV</sup>, Francisco de Assis Acurcio<sup>III</sup>, Ione Aquemi Guibu<sup>V</sup>, Karen Sarmiento Costa<sup>VI,VII,VIII</sup>, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski<sup>IX</sup>, Orlando Mario Soeiro<sup>X</sup>, Silvana Nair Leite<sup>XI</sup>, Micheline Rosa Silveira<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Medicina Veterinária Preventiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>IV</sup> Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

<sup>V</sup> Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

<sup>VI</sup> Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VII</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VIII</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>IX</sup> Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

<sup>X</sup> Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>XI</sup> Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária em saúde do Sistema Único de Saúde e fatores a ela associados.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. A coleta de dados foi por meio de questionário que incluiu o instrumento *Euroqol 5 Dimensions*. Foram entrevistados usuários das cinco regiões do Brasil. Regressão linear múltipla foi utilizada para analisar a qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados.

**RESULTADOS:** Do total de 8.590 usuários, as dimensões com maior frequência foram dor/mal-estar (50,7%) e ansiedade/depressão (38,8%). Cerca de 10% dos usuários reportaram problemas extremos nessas dimensões. Os fatores significativamente associados à pior qualidade de vida foram: ser do sexo feminino; ter artrite, artrose ou reumatismo; acidente vascular encefálico; doenças do coração; depressão; relatar autopercepção de saúde ruim/muito ruim; usar bebida alcoólica uma vez ou mais por mês; fazer dietas para perder peso, evitar o consumo de sal e reduzir o consumo de gordura. Foi observada associação significativa entre uma melhor qualidade de vida e: residir no Norte e Sudeste; praticar atividades físicas e nível educacional mais alto. Não foi observada associação com fatores relacionados aos serviços de saúde.

**CONCLUSÕES:** A qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários foi influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, relacionados às condições de saúde e ao estilo de vida, sendo útil para nortear ações específicas de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

**DESCRIPTORIOS:** Satisfação do Paciente. Qualidade de Vida. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

#### Correspondência:

Bruna de Oliveira Ascef  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Rua Martiniano de Carvalho 669  
AP 1609 01.321-900  
São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: brunaascef16@gmail.com

**Recebido:** 30 abr 2016

**Aprovado:** 30 jan 2017

**Como citar:** Ascef BO, Haddad JPA, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:22s.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, sendo considerada também um instrumento para a promoção da saúde<sup>5,12</sup>. A medida de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se ao modo como um indivíduo avalia seu próprio bem-estar geral e sua saúde<sup>7</sup>.

Vários instrumentos estão disponíveis para medir a QVRS, dentre esses o *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D). Simples, curto e fácil de usar, o EQ-5D possui aplicações na avaliação clínica e econômica dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas de saúde em populações<sup>24</sup>. O EQ-5D consiste num instrumento genérico que gera não só um perfil de saúde, mas também um índice que exprime a QVRS dos indivíduos entrevistados<sup>9</sup>.

Estudos internacionais com o EQ-5D mostram que a QVRS pode ser influenciada por sexo, faixa etária, renda, condições crônicas, além do acesso e utilização de serviços de saúde<sup>1,18,22,26</sup>. No Brasil, uma pesquisa<sup>17</sup> realizada com o EQ-5D no estado de Minas Gerais, com 3.363 indivíduos alfabetizados, na faixa etária de 18-64 anos, apontou a presença de significativas iniquidades em saúde. Idosos, mulheres e indivíduos com piores condições de saúde e socioeconômicas apresentaram mais problemas de saúde<sup>17</sup>. No entanto, no Brasil não foram encontrados estudos com o EQ-5D sobre a QVRS dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a consigna básica de adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos, a mensuração da QVRS e dos fatores a ela associados são primordiais para a busca de melhores condições de vida para as populações<sup>4,14</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – componente Serviços teve como objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária em saúde (APS) do SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente estudo integra a PNAUM – Serviços e objetiva analisar a QVRS dos usuários da APS do SUS e fatores associados.

## MÉTODOS

Este estudo integra a PNAUM, um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de serviços de APS, em municípios das cinco regiões do Brasil. Várias populações foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo<sup>2</sup>. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de APS do SUS, além de observação das instalações dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis municipais pela assistência farmacêutica. Foi realizado o teste piloto e o treinamento com todos os entrevistadores para a etapa presencial. No presente estudo foram utilizados dados referentes às entrevistas com usuários da APS do SUS. O tamanho da amostra de usuários foi definido como 1.800 usuários por região do país. Considerando-se a ocorrência de um percentual de não resposta de 15% foram sorteados 2.100 usuários, totalizando 10.500 usuários. Foram incluídos na amostra usuários do SUS maiores de 18 anos, que estivessem no serviço de APS à espera de uma consulta médica, que fossem capazes de responder às questões propostas e concordassem em participar da pesquisa. A seleção dos usuários pelos entrevistadores aproximou-se ao máximo de uma seleção por sorteio aleatório. Foi estabelecido que este usuário deveria ser o último paciente a ser atendido pelo médico entre os que já estivessem presentes na unidade. Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014.

A metodologia da PNAUM – Serviços, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Álvares et al.<sup>2</sup>

Para a mensuração da QVRS foi utilizado o instrumento EQ-5D-3L que é composto por um sistema descritivo que engloba cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) com três níveis em cada (nenhum problema, problemas moderados e problemas extremos). O estado de saúde é definido por meio da combinação de um nível de cada uma das cinco dimensões, sendo representado por um número de cinco dígitos. Assim, o sistema do EQ-5D-3L define 243 estados de saúde possíveis. Cada estado de saúde gerado pode ser convertido em um escore único ou índice do EQ-5D-3L, que incorpora as preferências sociais para os estados de saúde<sup>26</sup>. O EQ-5D-3L foi validado na população brasileira. Por isso, adotou-se os valores de utilidades obtidos por meio da técnica *time trade off* pelo grupo QALY Brasil para representar as preferências únicas de saúde da população brasileira variando de 1 a -0,176<sup>25</sup>. Não foi utilizado o EQ-Visual Analogue Scale.

Para análise dos fatores associados à QVRS, agrupou-se as variáveis independentes em quatro grupos a saber: i) demográficas: gênero, faixa etária, cor da pele (brancos ou não brancos – preto, amarelo, pardo e indígena) e região de residência; ii) socioeconômicas: escolaridade e a classe econômica, segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>a</sup>, 2013; iii) relacionadas a condições de saúde e estilo de vida: condições crônicas autorrelatadas, como hipertensão, *diabetes mellitus*, doenças do coração, dislipidemia (colesterol alto ou triglicérides), histórico pessoal de acidente vascular encefálico (AVE), doença pulmonar crônica (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra); artrite, artrose ou reumatismo e depressão; frequência do uso de bebida alcoólica (não beber nunca, menos de uma vez por mês e uma vez ou mais por mês); prática de atividades físicas nos últimos três meses; ser fumante atual; fazer dieta para evitar o consumo de sal; fazer dieta para perder peso; fazer dieta para reduzir o consumo de gordura; fazer dieta para reduzir o açúcar; autopercepção de saúde e o uso de medicamentos nos últimos 30 dias anteriores à entrevista; e iv) relacionadas aos serviços de saúde: ter plano de saúde ou convênio médico; utilizar o serviço de emergência nos 12 meses anteriores à entrevista; ter sido internado em hospital nos 12 meses anteriores à entrevista.

Para a descrição das variáveis foram construídas tabelas de distribuição de frequências para variáveis categóricas e médias e desvio-padrão para as variáveis numéricas, apresentadas por meio de estimativas pontuais e intervalos de 95% de confiança. Para verificar a associação entre o índice do EQ-5D-3L e as variáveis independentes, primeiro realizou-se regressão linear simples ajustada por região. Todas as variáveis com  $p < 0,20$  na análise de associação com a QVRS foram incluídas no modelo múltiplo. O efeito conjunto das variáveis independentes sobre o índice do EQ-5D-3L foi avaliado por meio de regressão linear múltipla. A adequação do modelo foi avaliada usando a análise de resíduos. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados utilizando o *software* Stata<sup>®</sup> versão 12.0.

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, mediante Parecer nº 398.131/2013. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Responderam à entrevista da PNAUM – Serviços 8.803 usuários provenientes de 1.305 serviços da APS, localizados em 272 municípios distribuídos nas cinco regiões geopolíticas do Brasil. Foram excluídos 213 usuários por ausência de questões completas do EQ-5D-3L ou por falta de dados. Assim, a amostra total do presente estudo incluiu 8.590 (97,5%) usuários que reportaram sua QVRS, provenientes de 1.139 serviços de saúde.

Na Tabela 1 estão sumarizadas as características dos usuários da APS do SUS que responderam sobre QVRS.

<sup>a</sup> Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil: alterações na aplicação do Critério Brasil, válida a partir de 01/01/2014. São Paulo: ABEP; 2014 [citado 1 mar 2016]. Disponível em: [www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01](http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01)

**Tabela 1.** Características dos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - Serviços, 2015. (n=8.590)

Variável	n <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>
<b>DEMOGRÁFICA</b>		
Sexo		
Feminino	6.617	76,1
Masculino	1.973	23,9
Faixa etária (anos)		
18 a 39	3.062	39,7
40 a 59	3.054	37,3
60 ou mais	1.805	23,0
Cor da pele		
Brancos	3.072	40,0
Não brancos	5.518	60,0
Região		
Centro-Oeste	15.116	5,9
Norte	1.544	5,5
Nordeste	1.681	29,9
Sul	2.019	24,9
Sudeste	1.830	33,9
<b>SOCIOECONÔMICA</b>		
Escolaridade		
Analfabeto	736	10,1
Ensino Fundamental Incompleto	3.192	40,8
Ensino Fundamental Completo	1.870	20,4
Ensino Médio	2.499	25,6
Ensino Superior	293	3,1
Classe econômica		
A/B	1.389	14,9
C	5.046	55,1
D/E	2.155	30,0
<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA</b>		
Hipertensão		
Sim	3.071	38,6
<i>Diabetes mellitus</i>		
Sim	1.121	13,6
Doenças do coração		
Sim	624	7,8
Dislipidemia		
Sim	1.901	22,9
Acidente vascular encefálico		
Sim	211	2,5
Doença pulmonar crônica		
Sim	871	9,6
Artrite/artrose/reumatismo		
Sim	1.629	19,6
Depressão		
Sim	1.490	18,5
Prática de atividade física		
Sim	2.313	26,1

Continua

**Tabela 1.** Características dos usuários da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015. (n=8.590). Continuação

	n <sup>a</sup>	% <sup>b</sup>
Usuário fumante		
Sim	1.084	13,3
Dieta para perder peso		
Sim	1.669	18,5
Uso de bebida alcoólica		
Não bebo nunca	6.456	76,3
Menos de uma vez por mês	1.061	11,9
Uma vez ou mais por mês	1.072	11,8
Evita consumo de sal		
Sim	5.239	59,2
Dieta para reduzir o consumo de gordura		
Sim	4.821	54,7
Dieta para reduzir o consumo de açúcar		
Sim	4.001	44,0
Autopercepção de saúde		
Muito boa/boa	4.961	57,1
Nem ruim/nem boa	2.957	35,0
Ruim/muito ruim	664	7,9
Uso de medicamentos		
Sim	6.506	76,6
<b>SERVIÇO DE SAÚDE</b>		
Plano de saúde ou convênio médico		
Sim	738	9,8
Utilizou serviço de emergência no último ano		
Sim	2.142	22,9
Foi internado em hospital no último ano		
Sim	832	9,6

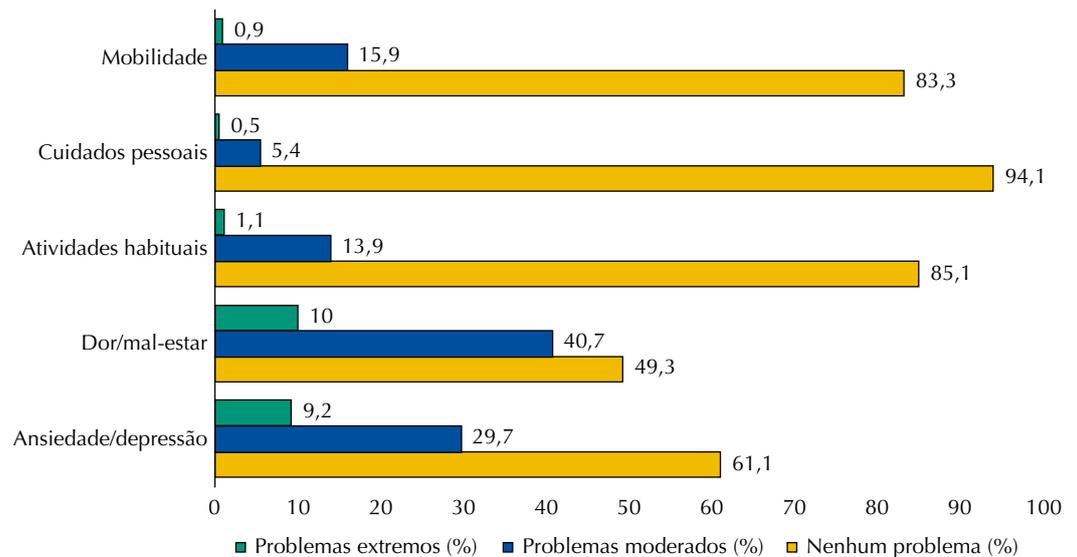
<sup>a</sup> Valor de n não ponderado; <sup>b</sup> % ponderada;  
 Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

As cinco condições mais prevalentes nos usuários foram hipertensão (38,6%), dislipidemia (22,9%), artrite, artrose ou reumatismo (19,6%), diabetes (13,6%) e depressão (18,5%). Mais de 70% dos usuários declararam não ter o hábito de consumir bebida alcoólica, fumar, praticar atividade física ou fazer dieta. Mais da metade dos usuários declarou evitar o consumo de sal e gordura e cerca de 45% relataram evitar o consumo de açúcar (Tabela 1). Dentre os usuários que declararam fazer alguma dieta (n=7.117), 39,4% declararam fazê-la por aconselhamento médico ou de nutricionista, 45,1% por conta própria e 15,5% declararam ser por outro motivo ou não sabiam.

A maioria dos usuários (76,6%) declarou ter utilizado medicamentos nos últimos 30 dias. Em relação à autopercepção de saúde, 57% avaliaram sua saúde como muito boa ou boa. Quase 90% dos usuários declararam não possuir plano de saúde ou convênio médico. A maioria dos usuários declarou não ter sido internado em hospitais (77%) ou ter utilizado serviço de urgência (90,2%) no ano anterior à entrevista (Tabela 1).

De acordo com o sistema descritivo do EQ-5D-3L foram identificados na população estudada 115 estados de saúde, dentre os 243 possíveis. Os dez estados de saúde mais prevalentes correspondem a 81% da população. O estado de saúde mais comum foi a saúde perfeita (11111), que representou 36% dos usuários entrevistados. O pior estado de saúde (33333), com problemas extremos em todas as dimensões, corresponde a 0,01% da amostra.

Na Figura 1 estão apresentados os percentuais de usuários da APS no Brasil, por nível de problemas relatados, para cada dimensão do EQ-5D-3L. Mais de 80% dos usuários não relataram problemas nas dimensões mobilidade, cuidados pessoais e atividades pessoais.



Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

**Figura 1.** Percentual de usuários da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde por nível de problemas relatados para cada dimensão do EQ-5D-3L no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n=8.590)

Cerca de 15% dos usuários declararam problemas moderados nas dimensões mobilidade e atividades habituais e apenas 5,4% relataram problemas moderados com cuidados pessoais. O percentual de usuários com problemas extremos nestas dimensões foi baixo, menor ou igual a 1,1%. Os maiores percentuais de usuários declarando ter problemas moderados foram observados nas dimensões dor/mal-estar (40,7%) e ansiedade/depressão (29,7%). O percentual de usuários com problemas extremos nestas dimensões foi em torno de 10%.

Os níveis de problemas relatados foram categorizados em nenhum problema (nível 1) e algum problema (nível 2 e nível 3), conforme a Tabela 2. As dimensões nas quais os usuários relataram com maior frequência algum problema foram nas dimensões dor/mal-estar (50,7%) e ansiedade/depressão (38,8%). Exceto para a dimensão mobilidade, foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas demais dimensões entre os usuários por regiões geográficas do país ( $p < 0,05$ ). A região Sul apresentou maiores percentuais de usuários com algum problema em todas as dimensões do EQ-5D-3L. A região Norte apresentou o menor percentual de usuários relatando algum problema em todas as dimensões, exceto na dimensão dor/mal-estar. A maior diferença entre os percentuais por região foi observada na dimensão ansiedade/depressão.

Analisando o sistema descritivo do EQ-5D-3L por condição crônica (Figura 2), observou-se que AVE foi a condição crônica em que os usuários reportaram com mais frequência algum problema nas dimensões cuidados pessoais, atividades pessoais e mobilidade. Na dimensão dor/mal-estar destacou-se a condição crônica, artrite, artrose e reumatismo. De modo geral, hipertensão, diabetes e dislipidemia apresentaram os menores percentuais de algum problema nas dimensões do EQ-5D-3L.

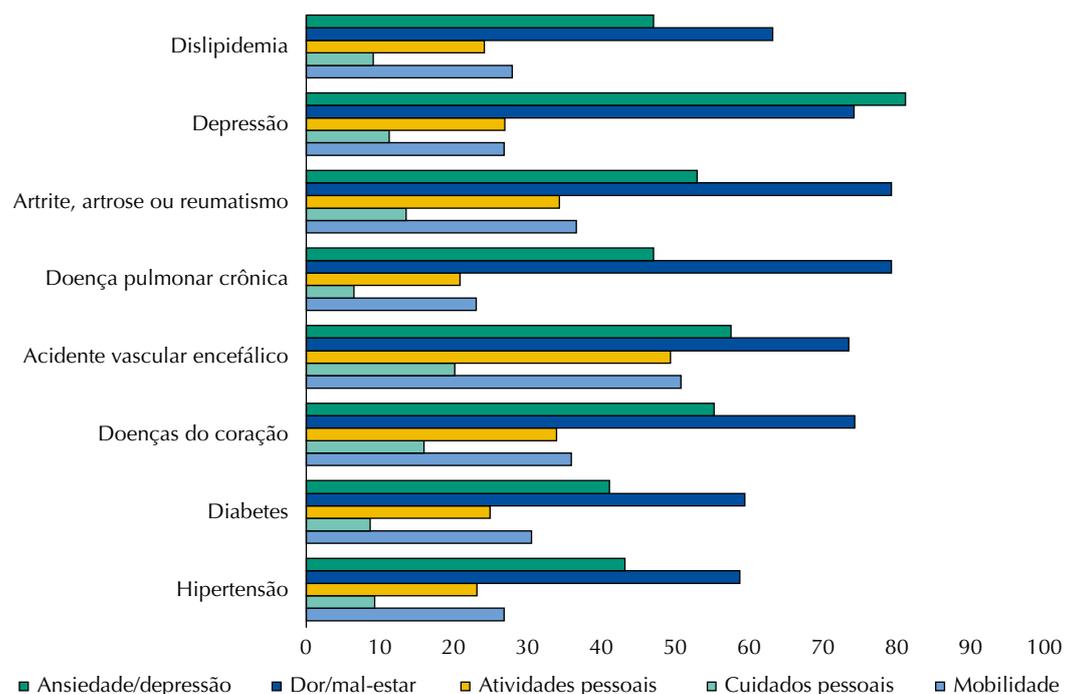
Em relação ao índice do EQ-5D-3L dos 8.590 usuários da APS do SUS, foi observado o escore médio de 0,793 (IC95%: 0,788–0,799). Na análise de regressão linear simples, após ajuste por região, todos os fatores analisados, exceto cor da pele e plano de saúde, foram associados estatisticamente com o índice do EQ-5D-3L ( $p < 0,05$ ) (dados não apresentados).

O modelo final da análise da regressão linear multivariada está apresentado na Tabela 3. O maior déficit na QVRS foi observado nos usuários que reportaram ter AVE, seguido de artrite, artrose ou reumatismo. Neste modelo, uma associação negativa ( $p < 0,05$ ) foi observada entre os usuários do sexo feminino, usuários que relataram ter AVE, artrite, artrose ou reumatismo, depressão e doenças do coração, aqueles que relataram uma pior autopercepção de saúde,

**Tabela 2.** Percentual de usuários da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D-3L por regiões geográficas do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 8.590)

Dimensão do EQ-5D <sup>a</sup>	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sul		Sudeste		Brasil	
	n <sup>b</sup>	% (IC95%)	N	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Mobilidade												
	p = 0,058											
1*	1.349	87,6 (85,7–89,3)	1.407	83,0 (80,7–85,1)	1.236	83,8 (81,5–85,8)	1.668	81,5 (79,4–83,4)	1.521	84,0 (81,8–85,8)	7.181	83,3 (82,1–84,3)
2	195	12,4 (10,7–14,2)	274	17,0 (14,8–19,3)	280	16,2 (14,5–18,5)	352	18,5 (16,6–20,6)	309	16,0 (14,1–18,1)	1.410	16,7 (15,7–17,8)
Cuidados pessoais												
	p = 0,035											
1	1.486	96,4 (95,2–97,3)	1.575	93,5 (91,9–94,8)	1.421	94,3 (92,7–95,5)	1.908	93,2 (91,7–94,4)	1.739	95,1 (93,7–96,1)	8.129	94,1 (93,4–94,8)
2	58	3,6 (2,7–4,7)	106	6,5 (5,1–8,1)	95	5,7 (4,5–7,3)	112	6,8 (5,6–8,3)	91	4,9 (3,8–6,2)	462	5,9 (5,2–6,6)
Atividades habituais												
	p < 0,001											
1	1.398	90,4 (88,6–91,9)	1.405	83,4 (81,1–85,5)	1.267	83,5 (81,2–85,6)	1.713	82,6 (80,6–84,5)	1.585	87,8 (85,9–89,4)	7.368	85,1 (84,0–86,1)
2	146	9,6 (8,1–11,3)	276	16,6 (14,5–18,9)	249	16,5 (14,4–18,7)	306	17,4 (15,5–19,4)	245	12,2 (10,6–14,1)	1.222	14,9 (13,9–15,9)
Dor/mal-estar												
	p < 0,001											
1	859	55,1 (52,3–57,7)	724	43,1 (40,2–46,1)	671	48,8 (45,8–51,8)	886	42,4 (39,9–44,9)	1.030	59,0 (56,3–61,6)	4.170	49,3 (47,9–50,8)
2	685	44,9 (42,3–47,6)	957	56,9 (53,9–59,8)	845	51,2 (48,2–54,2)	1.133	57,6 (55,0–60,1)	800	41,0 (38,4–43,7)	4.420	50,7 (49,2–52,1)
Ansiedade/depressão												
	p < 0,001											
1	1.192	79,2 (77,0–81,3)	977	60,7 (57,8–63,6)	849	56,8 (53,9–59,7)	1.007	51,4 (48,8–53,9)	1.227	66,4 (63,7–68,9)	5.252	61,1 (59,7–62,5)
2	352	20,8 (18,7–22,9)	704	39,3 (36,4–42,2)	667	43,2 (40,2–46,1)	1.012	48,6 (46,0–51,2)	603	33,6 (31,1–36,3)	3.338	38,8 (37,5–40,3)

<sup>a</sup> 1 (Nível 1) – nenhum problema de saúde relatado; 2 (Nível 2) – algum problema de saúde relatado (moderado ou extremo); <sup>b</sup> n não ponderado.  
Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.



**Figura 2.** Porcentagem de usuários da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde com algum problema (moderado ou extremo) nas dimensões do EQ-5D-3L, por tipo de condição crônica. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 8.590)

**Tabela 3.** Resultados do modelo final de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D-3L. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. (n = 8.374).

Variável	Índice médio*	Coefficiente	IC95% Coefficiente	P
<b>DEMOGRÁFICA</b>				
Sexo				
Masculino	0,812	--	--	--
Feminino	0,787	-0,012	-0,024– -0,000	0,044
Região de residência				
Centro-Oeste	0,793	--	--	--
Norte	0,846	0,049	0,037–0,062	< 0,001
Nordeste	0,777	0,005	-0,009–0,018	0,508
Sul	0,757	-0,010	-0,023–0,035	0,151
Sudeste	0,826	0,032	0,019–0,048	< 0,001
<b>SOCIOECONÔMICA</b>				
Escolaridade				
Analfabeto	0,720	--	--	--
Ensino Fundamental Incompleto	0,769	0,025	0,005–0,044	0,013
Ensino Fundamental Completo	0,815	0,028	0,008–0,048	0,006
Ensino Médio	0,839	0,034	0,014–0,054	0,001
Ensino Superior	0,831	0,028	-0,006–0,056	0,050
<b>CONDIÇÃO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA</b>				
Doenças do coração				
Não	0,805	--	--	--
Sim	0,667	-0,032	-0,053– -0,012	0,002
Acidente vascular encefálico				
Não	0,799	--	--	--
Sim	0,583	-0,106	-0,157– -0,055	< 0,001
Artrite, artrose ou reumatismo				
Não	0,826	--	--	--
Sim	0,660	-0,086	-0,099– -0,072	< 0,001
Depressão				
Não	0,823	--	--	--
Sim	0,662	-0,079	-0,092– -0,067	< 0,001
Autopercepção de saúde				
Muito boa/boa	0,871	--	--	--
Nem ruim/nem boa	0,718	-0,118	-0,129– -0,107	< 0,001
Ruim/muito ruim	0,563	-0,239	-0,262– -0,215	< 0,001
Prática de atividades físicas				
Não	0,791	--	--	--
Sim	0,800	0,019	0,009–0,030	< 0,001
Dieta para perder peso				
Não	0,802	--	--	--
Sim	0,756	-0,014	-0,025– -0,002	0,025
Dieta para reduzir o consumo de gorduras				
Não	0,827	--	--	--
Sim	0,765	-0,017	-0,029– -0,005	0,004
Dieta para evitar o consumo de sal				
Não	0,830	--	--	--
Sim	0,767	-0,018	-0,029– -0,005	0,003
Uso de bebida alcoólica				
Não bebo nunca	0,786	--	--	--
Menos de uma vez por mês	0,814	-0,002	-0,015–0,011	0,725
Uma vez ou mais por mês	0,817	-0,020	-0,020–0,007	0,005

\* Computada a partir das cinco dimensões do EQ-5D-3L; R<sup>2</sup> = 0,3732

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

usuários que referiram beber uma vez ou mais por mês e aqueles usuários que declararam fazer dieta para perder peso, para evitar o consumo de sal e para reduzir o consumo de gordura.

Foi observado uma associação positiva ( $p < 0,05$ ) entre a QVRS e os usuários que residiam na região Norte e Sudeste, aqueles que relataram praticar atividades físicas e o aumento do nível educacional. Ressalta-se que na análise multivariada as variáveis renda e escolaridade apresentaram uma colinearidade, e a associação entre escolaridade e QVRS prevaleceu (Tabela 3).

As variáveis relacionadas aos serviços de saúde não permaneceram no modelo final da análise multivariada.

Na análise de regressão linear múltipla, o índice do EQ-5D-3L e as variáveis independentes explicam 37,3% da variância do modelo. Os resíduos não apresentaram nenhum padrão considerável que interferisse na validade do modelo e apresentaram homocedasticidade.

## DISCUSSÃO

A QVRS é uma medida subjetiva e multidimensional. Mais da metade dos usuários da APS no Brasil referiram ter dores ou mal-estar e cerca de metade reportaram estar ansiosos ou depressivos. Aproximadamente 10% dos usuários reportaram sentir dores ou mal-estar extremos e estar extremamente ansiosos ou deprimidos. O escore médio de QVRS dos usuários foi de 0,793, em uma escala em que 1 representa o melhor estado de saúde. Os fatores associados com a pior QVRS dos usuários foram: ser do sexo feminino; ter artrite, artrose ou reumatismo; AVE; doenças do coração; depressão; pior autopercepção de saúde; usar bebida alcoólica uma vez ou mais por mês; fazer dieta para perder peso; dieta para evitar o consumo de sal e dieta para reduzir o consumo de gordura.

Dentre as cinco dimensões do EQ-5D-3L, a prevalência de algum problema foi maior na dimensão dor/mal-estar, seguida de ansiedade/depressão e a menor prevalência em cuidados pessoais. Esses achados corroboram com os dados de um estudo multicêntrico realizado no Brasil com 9.148 indivíduos<sup>25</sup> e outro estudo realizado em outros países<sup>26</sup>.

A prevalência de saúde perfeita nos usuários, ou seja, nenhum problema relatado em nenhuma das dimensões do EQ-5D-3L, foi menor que aquela observada no estudo realizado por Menezes et al.<sup>17</sup> em 3.363 residentes de Minas Gerais. Os resultados obtidos de saúde perfeita também foram menores que aqueles observados em estudos internacionais tanto na população geral quanto na atenção primária<sup>8,20</sup>. Em relação ao índice do EQ-5D-3L, o valor do escore médio encontrado neste estudo (0,793) foi inferior ao observado no de estudo de Menezes et al.<sup>17</sup> com a população geral (0,847). Isto pode ser explicado pelo fato dos usuários do presente estudo terem sido entrevistados na fila de espera para serem atendidos por um médico da APS, ou seja, eram participantes que estavam em busca de cuidados de saúde.

Ademais, foi observada uma alta prevalência de condições crônicas nesta população (77%) quando comparada aquela avaliada por Menezes et al.<sup>17</sup> (50%). Estudos observaram maiores taxas de prevalência de condições crônicas<sup>3,28</sup> e um maior déficit na QVRS em usuários da atenção primária em relação à população geral<sup>18,20,28</sup>.

Em consonância com outros estudos<sup>3,8,17</sup>, o maior percentual de usuários com algum problema foi observado nas condições AVE, artrite, artrose ou reumatismo e depressão. Doenças pulmonares e hipertensão apresentaram os menores percentuais de usuários com algum problema de saúde relatados. Cunillera et al.<sup>8</sup> observaram que hipertensos e diabéticos reportaram menores percentuais de problemas quando comparados àqueles que declararam ter artrite. Conforme ressaltado pelos autores<sup>8</sup>, isto pode ser reflexo da limitada capacidade discriminatória do EQ-5D-3L em detectar problemas moderados em certas condições crônicas.

Estudos demonstraram uma associação negativa significativa entre QVRS com AVE<sup>11</sup>, depressão<sup>19</sup>, e doenças do coração<sup>1,20</sup>. Os dados do presente estudo foram consistentes com outros estudos nacionais<sup>21</sup> e internacionais<sup>1</sup> nos quais artrite, artrose ou reumatismo estiveram associadas estatisticamente com menores escores de QVRS.

No presente estudo, foi observado déficit significativo na QVRS quando a autoavaliação da saúde era considerada pior. O que demonstra uma boa capacidade do EQ-5D-3L em detectar problemas de saúde na população. Enfatiza-se que a medida da autopercepção de saúde trata-se de um constructo validado e reprodutível, sendo um bom preditor para mortalidade e morbidade<sup>23</sup>, devendo ser um fator a ser considerado na prática clínica e em pesquisas de saúde.

Dados do EQ-5D-3L de populações de 18 países, observaram que idade e sexo, em menor proporção, desempenharam papéis importantes na explicação de dados do EQ-5D-3L entre os indivíduos<sup>26</sup>. No presente estudo, pior QVRS foi associado a mulheres. A associação entre melhor QVRS e melhores condições socioeconômicas foi bem estabelecida na literatura<sup>17,18</sup>, no presente estudo foi observada associação positiva entre QVRS e o aumento do nível educacional.

O perfil de desigualdades em saúde de acordo com as dimensões do EQ-5D-3L tem mostrado diferentes padrões entre os países, e dor/mal-estar e atividades habituais foram as dimensões que mais contribuíram para estas desigualdades na maioria destes países<sup>26</sup>. Neste estudo, os usuários de diferentes regiões geográficas do Brasil apresentaram significantes diferenças tanto nas dimensões do sistema descritivo do EQ-5D-3L, como na associação com o índice do EQ-5D-3L. Os usuários da região Sul apresentaram o maior percentual de algum problema em todas as dimensões do EQ-5D-3L, principalmente no que concerne a dimensão ansiedade/depressão. Além disso, observou-se um decréscimo na QVRS dos usuários da região Sul quando comparada àquela dos usuários do Centro-Oeste, embora não seja significativa. Destaca-se que os usuários da região Norte e Sudeste apresentaram um aumento significativo na QVRS quando comparado aos usuários do Centro-Oeste. No entanto, não foram encontrados estudos publicados com EQ-5D-3L que permitissem comparar esses dados de QVRS entre as regiões do país.

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>29</sup>, a dieta, a inatividade física, o consumo abusivo de álcool e fumo são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de condições crônicas. Portanto, a análise da associação destes fatores com a QVRS é fundamental para a vigilância das condições crônicas e a implantação de ações que melhorem a QVRS. No presente estudo foi observado que usuários que praticavam atividades físicas apresentaram associação positiva significativa com a QVRS. Entretanto, foi observada uma associação estatística negativa entre a QVRS e realizar dieta para perder peso, evitar o consumo de sal ou para reduzir o consumo de gorduras. Isso pode ser explicado pelo aconselhamento para a realização da dieta ter sido feito por um médico ou nutricionista e estar relacionada a possível presença de condições crônicas nesses usuários. Em outros estudos populacionais, ainda não foi bem estabelecida a associação entre QVRS e fatores como o consumo de bebida alcoólica, tabagismo e atividade física<sup>10,27</sup>.

Variáveis relacionadas a serviços de saúde não foram associadas estatisticamente à QVRS dos usuários. Agborsangaya et al.<sup>1</sup> apontou que a existência de duas ou mais condições crônicas foi associada à redução da QVRS, bem como à hospitalização frequente e atendimentos de urgência. No entanto, não foram encontrados estudos publicados com EQ-5D-3L que avaliassem a associação direta destas variáveis com a QVRS.

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população<sup>16</sup>, a APS como contato mais próximo dos usuários para o cuidado em saúde, tem o potencial de intervir nos fatores que influenciam a QVRS. Os dados do presente estudo, podem permitir aos gestores do SUS realizar ações de saúde voltadas, principalmente, para as dimensões e fatores que mais afetaram a QVRS dos usuários da

APS. Assim, programas e políticas públicas efetivas no SUS fazem-se necessários para uma melhor QVRS para os seus usuários. Deve-se haver uma atuação intersetorial que favoreça a promoção da saúde em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de promover mudança de comportamentos e estilos de vida saudáveis<sup>6,15</sup>. Ademais, são necessárias intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, como educação de qualidade<sup>6</sup>. Ressalta-se que não somente os sistemas de atenção à saúde, mas o próprio usuário tem papel essencial e decisório na QVRS e nos fatores a ela associados. Portanto, deve-se promover a autonomia dos sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à QVRS<sup>15</sup>.

O presente estudo foi realizado com amostra representativa de usuários da APS do SUS. No entanto, a QVRS observada dos usuários da APS do SUS pode não refletir, necessariamente, a QVRS da população em geral. Lee et al.<sup>13</sup> enfatizam que a amostra pode sub-representar os usuários menos frequentes. Portanto, a extrapolação dos dados dos usuários da APS do SUS para a população geral deve ser feita com cautela.

Os resultados deste estudo mostram que a QVRS dos usuários da APS foi influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, relacionados as condições de saúde e ao estilo de vida, mas não por fatores relacionados aos serviços de saúde. Desta forma, a mensuração da QVRS dos usuários da APS do SUS no Brasil contribui não somente para melhor compreender a QVRS e os fatores a ela associados, mas também pode ser uma importante medida para nortear ações de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários do SUS. Ressalta-se que estudos longitudinais são necessários para determinar a associação causal entre a QVRS e seus fatores associados.

## REFERÊNCIAS

1. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Qual Life Res.* 2013;22(4):791-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0214-7>
2. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica.* 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
3. Brettschneider C, Leich H, Bickel H, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, et al. Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life-results from the MultiCare Cohort Study. *PloS One.* 2013;8(6):e66742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066742>
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saude Coletiva.* 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
5. Campos MO, Rodrigues Neto JF. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Rev Baiana Saude Publica.* 2008 [citado 10 fev 2017];32(2):232-40. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1438/1075>
6. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da CNDSS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
7. 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 Metabol.* 2008;52(3):515-22. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000300012>
8. Cunillera O, Tresseras R, Rajmil L, Vilagut G, Brugulat P, Herdman M, et al. Discriminative capacity of the EQ-5D-3L, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Qual Life Res.* 2010;19(6):853-64. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9639-z>
9. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da Versão Portuguesa do EQ-5D-3L. *Acta Med Port.* 2013 [citado 10 fev 2017];26(6):664-75. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1317/3807>
10. Fujikawa A, Suzue T, Jitsunari F, Hirao T. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D-3L in Takamatsu, Japan. *Environ Health Prev Med.* 2011;16(1):25-35. <https://doi.org/10.1007/s12199-010-0162-1>

11. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke: evaluating health quality of life using utility measurements. *Stroke*. 2006;37(1):193-8. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000196990.69412.fb>
12. Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;61 Suppl 3:S189-94. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.06.001>
13. Lee ML, Yano EM, Wang M, Simon BF, Rubenstein LV. What patient population does visit-based sampling in primary care settings represent? *Med Care*. 2002;40(9):761-77. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000024720.87446.41>
14. Leite PNB. Qualidade de vida e promoção da saúde. *Id on Line Rev Psicol*. 2013;7(20):33-56. <https://doi.org/10.14295/idonline.v7i20.235>
15. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2006;15(3):47-65. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>
16. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF); Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [citado 10 fev 2017]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
17. Menezes RM, Andrade MV, Noronha KVMS, Kind P. EQ-5D-3L-3L as a health measure of Brazilian adult population. *Qual Life Res*. 2015;24(11):2761-76. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0994-7>
18. Mielck A, Vogelmann M, Reiner Leidl R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:58. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-58>
19. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Survey. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
20. Mujica-Mota RE, Roberts M, Abel G, Elliot M, Lyrtzopoulos G, Roland M, et al. Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. *Qual Life Res*. 2015;24(4):909-18. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0820-7>
21. Oliveira Junior HA, Santos JB, Acurcio FA, Almeida AM, Kakehasi AM, Alvares J, et al. Poorer functionality is related to better quality of life response following the use of biological drugs: 6-month outcomes in a prospective cohort from the Public Health System (Sistema Único de Saúde), Minas Gerais, Brazil. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2015;15(3):403-12. <https://doi.org/10.1586/14737167.2015.1003367>
22. Paddison CAM, Saunders CL, Abel GA, Payne RA, Campbell JL, Roland M. Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. *BMJ Open*. 2015;5(3):e006172. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006172>
23. Petrou S, Hockley C. An investigation into the empirical validity of the EQ-5D-3L and SF-6D based on hypothetical preferences in a general population. *Health Econ*. 2005;14(11):1169-89. <https://doi.org/10.1002/hec.1006>
24. Rennen MV, Oppe M. EQ-5D-3L-3L. Version 5.1. Rotterdam: EuroQol Group; 2015. Disponível em: [http://www.euroqol.org/fileadmin/user\\_upload/Documenten/PDF/Folders\\_Flyers/EQ-5D-3L-3L\\_UserGuide\\_2015.pdf](http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-3L-3L_UserGuide_2015.pdf)
25. Santos M, Cintra MACT, Monteiro AL, Santos B, Gusmão-Filho F, Andrade MV, et al. Brazilian valuation of EQ-5D-3L-3L health states: results from a saturation study. *Med Decis Making*. 2016;36(2):253-62. <https://doi.org/10.1177/0272989X15613521>
26. Szend A, Janssen B, Cabasés J, editors. Self-Reported Population Health: an international perspective based on EQ-5D-3L. London: Springer Open; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1>
27. Vogl M, Wenig CM, Leidl R, Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health*. 2012;12:203. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-203>

28. Wang HM, Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2008;8:246. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-246>
29. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011 [citado 10 fev 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf)

---

**Financiamento:** Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

**Contribuição dos Autores:** BOA, JA e MRS contribuíram no planejamento, análise, interpretação dos dados e redação da versão final do manuscrito. O autor JPAH contribuiu com a análise dos dados. AAGJ, EAC, FAA, IAG, KSC, MGOK, OMS, SNL, MRS e JA contribuíram na revisão crítica do conteúdo. BOA e MRS aprovaram a versão final a ser publicada. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Conflito de Interesses:** KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.