

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

BRUNA DE OLIVEIRA ASCEF

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E SEUS FATORES
ASSOCIADOS: UMA ANÁLISE DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
NO BRASIL

Belo Horizonte

2015

BRUNA DE OLIVEIRA ASCEF

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E SEUS FATORES ASSOCIADOS:
UMA ANÁLISE DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Micheline Rosa Silveira

Co-orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares

Área de concentração: Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Belo Horizonte

2015

A811q Ascef, Bruna de Oliveira.
Qualidade de vida relacionada à saúde e seus fatores associados:
uma análise dos usuários da Atenção Básica à Saúde no Brasil / Bruna
de Oliveira Ascef. – 2015.

94 f. il.

Orientadora: Micheline Rosa Silveira.
Co-Orientadora: Juliana Alvares.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em
Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Qualidade de Vida – Brasil – Aspectos saúde – Teses. 2.
Questionários – Teses. 3. Atenção Primária à Saúde – Teses. 4.
Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 5. Euroqol 5 Dimensions
(EQ-5D) – Teses. I. Silveira, Micheline Rosa. II. Alvares, Juliana. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV.
Título.

CDD: 362.1042

DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação aos usuários do SUS pela alegria, conhecimento, humildade, força e
esperança compartilhada.*

AGRADECIMENTOS

"Viva com qualidade o razoável no presente, para desfrutar, com excelência, o desejável no futuro. Cada um é responsável e administrador de si próprio... pense nisso e cuide-se!"

Márcio Souza

Agradeço primeiramente a professora Micheline Rosa Silveira, a quem devo a oportunidade de estar prestes a concluir meu Mestrado; obrigado por ter me acolhido, protegido, apoiado, enfim, você foi mais que uma orientadora, foi uma verdadeira amiga e mãe.

À professora Juliana Alvares pela sinceridade e apoio;

Aos usuários, espero que este estudo contribuir com informações que sejam relevantes para a melhoria de qualidade de vida; Ao Ministério da Saúde por acreditar na ciência deste trabalho;

Aos meus pais, Rogers e Andrea pelo apoio incondicional;

Aos meus irmãos, por sempre me encorajarem e me fazerem crer que eu também posso conseguir;

As amigas e amigos, Lays Marra, Clarisse Melo, Bruna Viana, Isabela Piassi, Haliton Júnior, Jans Bastos, Max Carneiro e Jack, pelos bons momentos, conselhos, aflições compartilhadas e apoio;

À minha querida Avó Josélia, pelo amor e apoio incondicional para que meus sonhos se tornem realidade;

Ao Programa de Pós- graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, por contribuir por minha formação profissional; aos funcionários, pela disponibilidade em ajudar;

Ao CCATES, pela oportunidade de aprimoramento profissional;

À equipe PNAUM (Vânia Eloísa, Débora, Jans, Caroline, Renata, Alessandra, Daniel, Micheline, Clarisse e Juliana) pelo aprendizado e momentos compartilhados.

Por fim, agradeço à Deus por ter me dado forças para seguir sempre em frente.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

Dissertação intitulada “*Qualidade de vida relacionada à saúde e seus fatores associados: uma análise dos usuários da Atenção Básica à Saúde no Brasil*” de autoria da mestranda Bruna de Oliveira Ascef, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Micheline Rosa Silveira- FAFAR/UFMG- Orientadora

Profa. Dra. Juliana Alvares- FAFAR/UFMG-Co-orientadora

Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio - FAFAR/UFMG

Profa. Dra. Vânia Eloísa Araújo - PUC/MINAS

Profa. Dra. Alessandra Macial Almeida - FAFAR/UFMG

Belo Horizonte, 21 de Dezembro de 2015

RESUMO

INTRODUÇÃO: 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. **OBJETIVOS:** Objetivou-se nesse estudo avaliar a QVRS dos usuários da Atenção Primária em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e os fatores a ela associados. **MÉTODOS:** Estudo transversal com dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), componente Serviços no Brasil. A coleta de dados foi realizada entre Julho a Dezembro de 2014 por meio de questionário que incluiu o instrumento de medida de QVRS, o Euroqol 5 Dimensions (EQ-5D). Regressão linear múltipla foi utilizada para analisar a QVRS e fatores a ela associados. **RESULTADOS:** No total, 8.590 usuários da APS reportaram sua QVRS. Dor/Mal-estar (50,7%) e Ansiedade/Depressão (38,8%) foram as dimensões em que os usuários relataram com maior frequência algum problema. Cerca de 10% dos usuários reportaram problemas extremos nessas dimensões. Foram associados negativamente com a QVRS dos usuários os fatores dos componentes Biologia Humana (ter 40 a 59 anos; ser do sexo feminino; AVC, artrite, artrose ou reumatismo, depressão; ter duas ou mais condições crônicas), do Comportamento e Estilo de Vida (pior autopercepção de saúde; usar bebida alcoólica uma vez ou mais por mês; estar fazendo dieta para perder peso; dieta para evitar o consumo de sal e dieta para reduzir o consumo de gordura) e Meio Ambiente (residir na região Sul). A QVRS dos usuários foi associada positivamente com fatores dos componentes do Ambiente (residir na região Norte e Sudeste; aumento do nível educacional) e do componente Comportamento e Estilo de Vida (prática de atividade física). Não foi observada associação entre os fatores do componente Organização dos Serviços de Saúde e QVRS. **CONCLUSÃO:** Este estudo mostrou que a QVRS desta população foi influenciada por fatores dos componentes da Biologia Humana, Ambiente e Comportamento e Estilo de Vida. Desta forma, a QVRS pode ser uma importante medida para nortear ações de promoção da saúde e cuidado integral à saúde do usuário do SUS.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, questionários, Atenção Primária à Saúde, EQ-5D.

ABSTRACT

BACKGROUND: The measure of health-related quality of life (HRQL), an important tool for health promotion, refers to how an individual assesses their own general well-being and health. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to evaluate the Health- Related Quality of Life (HRQoL) and its associated factors in Primary Health Care (PHC) of the Public Health System (SUS). **METHODS:** We analyzed data from a cross-sectional study of the National Research of Access, Use and Promotion of Rational Use of Drugs (PNAUM) Services component in Brazil. Data collection was conducted through questionnaires which included the instrument of HRQoL, the EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D). Multiple linear regression was used to analyze the association between HRQoL and its factors associated. **RESULTS:** A total of 8.590 users of PHC reported its HRQoL. Pain/Discomfort (50.7%) and Anxiety/Depression (38.8%) were dimensions in which users reported more often some problem. About 10% of users reported extreme problems in these dimensions. A worse HRQoL was significantly associated with the following factors: Human Biology (age from 40-59 years; women; stroke; heart diseases; depression; arthritis, osteoarthritis or rheumatism) and Behavior and Lifestyle (diet to lose weight; diet to reduce fat intake; health self-assessment as poor or very poor; the use of alcoholic beverage once or more per month) and Environment (users residing in South). A greatest HRQoL was significantly associated with the following factors: Environment (users residing in the North and the Southeast and better level of education) and Behavior and Lifestyle (the practice of physical activity). There was no association with HRQoL and factors of related to health services. **CONCLUSION:** These findings show that the HRQoL of this population was influenced by the factors of Human Biology, Environment and Behavior and Lifestyle. Thus, the HRQoL can be an important measure for promoting health and comprehensive health care to users of SUS.

Key Words: Quality of life, Health-related quality of life, questionnaires, EQ-5D, Primary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Amostra planejada de usuários por estrato e região.	36
Tabela 2. Cálculo da média de usuários a serem entrevistados por serviço.	36
Tabela 3. Média de consultas nos serviços da amostra, segundo estrato e região.	36
Tabela 4. Intervalo de sorteio nos serviços (inverso de f3).	37
Tabela 5. Denominador da fração de amostragem de usuários, por estrato e região.	37
Tabela 6. Distribuição dos usuários da ABS (n=8.590) segundo as variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015.	43
Tabela 7. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) que reportaram nenhum problema, problemas moderados ou problemas extremos nas dimensões do EQ-5D por regiões geográficas do Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.	47
Tabela 8. Percentual de usuários da ABS (n= 8.590) que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D por regiões geográficas do Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.	49
Tabela 9. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D por tipo de condição crônica. PNAUM. Brasil- 2015.	51
Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015.	55
Tabela 11. Resultados do Modelo 1 (n=8.374) e Modelo 2 (n=8.465) de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D. PNAUM, Brasil- 2015.	61

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Representação dos 10 estados de saúde no EQ-5D mais frequentes nos usuários da ABS do SUS (n=8.590). PNAUM. Brasil- 2015.....	45
Gráfico 2. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) por nível de problemas relatados para cada dimensão do EQ-5D no Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.	48
Gráfico 3. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) com algum problema para cada dimensão do EQ-5D segundo regiões geográficas. PNAUM. Brasil- 2015.....	50
Gráfico 4. Percentagem de usuários da ABS (n=8.590) com algum problema nas dimensões do EQ-5D, segundo as cinco condições crônicas mais prevalentes na amostra. PNAUM. Brasil- 2015.	53
Figura 1. Versão EQ-5D-3L.	25
Figura 2. Dimensões do estado da saúde do EQ-5D.	26
Figura 3. Processo de amostragem de diferentes unidades de sorteio. PNAUM. Brasil- 2015.	35
Quadro 1. Vantagens e desvantagens dos instrumentos de medida de qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS).	21
Quadro 2. Instrumentos genéricos utilizados para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).	23

LISTA DE SIGLAS

ABS- Atenção Básica em Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ESF- Estratégia da Saúde da Família

EQ-5D-Euroqol 5 Dimensions

MS – Ministério da Saúde

NHP- Nottingham Health Profile

OMS– Organização Mundial da Saúde

PNAUM- Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSF- Programa Saúde da Família

QWB- Quality of Well-Being Scale

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

QV- Qualidade de Vida

SF-36- Short Form 36

SF-6D- Short Form 6 Dimensions

SUS – Sistema Único de Saúde

SS- Serviços de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

WHOQOL BREEF- World Health Organization Quality of Life Breef

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 Determinantes sociais de saúde e qualidade de vida	15
2.2 Atenção Básica à Saúde e a promoção da qualidade de vida dos usuários do SUS	17
2.3 Qualidade de Vida	18
2.4 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.....	19
2.5 Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde.....	20
2.6 O sistema EQ-5D-3L para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde	24
2.7 Estudos com EQ-5D em populações.....	27
2.8 Estudos que utilizaram o instrumento EQ-5D em usuários da Atenção Primária	30
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo Geral.....	31
3.2 Objetivo Específicos.....	31
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
4.1 Revisão da Literatura	32
4.3 Período de Estudo	33
4.2 Plano amostral.....	33
4.4 Critérios de elegibilidade.....	37
4.5 Fontes de informação.....	38
4.6 Instrumentos de coleta.....	38
4.7 Questionário do usuário	38
4.8 Treinamento dos entrevistadores	39
4.10 Variáveis	39
4.10.1 Variáveis dependentes	39

4.10.2 Variáveis independentes	39
4.11 Análise Estatística	40
4.12 Aspectos Éticos	40
5 RESULTADOS	41
5.1 Características da amostra	41
5.2 Análises dos estados de saúde obtidos por meio do EQ-5D	44
5.3 Análises do sistema descritivo do EQ-5D no Brasil	46
5.4 Análises do sistema descritivo por tipo de condição crônica	50
5.5 Análises do índice do EQ-5D e dos fatores associados	53
6 DISCUSSÃO	64
7 CONCLUSÃO	69
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	76
Anexo 1. Parecer da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil	76
Anexo 2. Questionário para usuários dos serviços de saúde do SUS elaborado pela equipe PNAUM.	77
APÊNDICE	89
Quadro 1A. Resumo dos principais estudos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com usuários da Atenção Primária.....	88
Tabela A1. Distribuição dos estados de saúde dos usuários da ABS (N=8.590) obtidos através do EQ-5D. PNAUM. Brasil- 2015.	92

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, sendo considerada também um instrumento para promoção da saúde (CAMPOS & BETO, 2008; KIVITS, ERPELDING & GUILLEMIN, 2013). A medida de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), enfoque restrito e específico dado na área da saúde à qualidade de vida, refere-se ao modo como um indivíduo avalia seu próprio bem-estar geral e sua saúde (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000; CORRER et al. 2008 *apud* POLONSKY, 2000).

Vários instrumentos estão disponíveis para medir a QVRS, porém alguns são longos, complexos e específicos para algumas doenças limitando a sua utilidade e comparabilidade. Como alternativa, foi desenvolvido o *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D), um instrumento simples, curto e fácil de usar, com aplicações na avaliação clínica e econômica dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas de saúde em populações (GUSI, OLIVARES & RAJENDRAM, 2010; RENNEN & OPPE, 2015). O EQ-5D consiste em um instrumento genérico de medida de QVRS, que gera não só um perfil de saúde, mas também um índice que exprime a QVRS dos indivíduos entrevistados (FERREIRA, FERREIRA & PEREIRA, 2013).

Estudos internacionais com o EQ-5D tem mostrado que a QVRS pode ser influenciada por sexo, faixa etária, renda, condições crônicas, além do acesso e utilização de serviços de saúde (LUBETKIN et al. 2005; WANG et al. 2008; VOGEL et al. 2012; AGBORSANGAYA et al. 2013; MIELCK et al. 2014; SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014). No Brasil, uma pesquisa 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 (MENEZES et al. 2015).

A medida de QVRS considerando seus determinantes significa a ampliação do olhar do indivíduo para integrar fatores sociais que compõem sua vida cotidiana e que afetam sua auto-percepção de saúde (KIVITS, ERPELDING & GUILLEMIN, 2013). Para contribuir para a identificação de fatores e determinantes da saúde e qualidade de vida, Marc Lalonde (1981) propôs que a saúde pode ser determinada por quatro componentes que estão numa permanente inter-relação e interdependência: a Biologia Humana, o Meio Ambiente, o Estilo de Vida e a Organização dos Serviços de Saúde. Este conceito preconiza ações estratégicas que tem o objetivo de adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos (BUSS & PELLEGRINI FILHO,

2007). Assim a medida da QVRS, constitui um dos fatores primordiais para a busca de melhores condições de vida (LEITE, 2013).

Destaca-se que no âmbito dos serviços de saúde no SUS, não foram encontrados estudos publicados que utilizaram o instrumento EQ-5D para avaliação da QVRS dos usuários da ABS. A mensuração da QVRS dos usuários por meio do EQ-5D e dos fatores a ela associados podem subsidiar a organização e planejamento de políticas e intervenções de saúde, bem como auxiliar profissionais de saúde e gestores do SUS a tomarem as melhores decisões em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Determinantes sociais de saúde e qualidade de vida

A percepção de cada indivíduo sobre sua saúde, pode ser influenciada por determinantes sociais, ou seja, as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas de saúde (ARMSTRONG, 2007). Os determinantes sociais da saúde são, na sua maioria, responsáveis pelas iniquidades na saúde - as injustas e evitáveis diferenças no estado de saúde (WHITEHEAD & DAHLGREN, 2006). As desigualdades na saúde são mais do que nunca uma prioridade de saúde pública e, sem dúvida, a mensuração da QVRS contribui para a produção de informações para estimar as desigualdades e subsidiar mecanismos para o seu enfrentamento (KIVITS, ERPELDING & GUILHEMIN, 2013).

Existem vários modelos conceituais que propõem a articulação dos determinantes e condicionantes da saúde, da doença e do processo saúde-doença. De acordo com Almeida et al. (1998), o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

O modelo biomédico tem sido utilizado pela Medicina desde meados do século XIX, tendo como foco os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença, não levando em conta o papel dos fatores sociais ou subjetividade individual (ANNALANDE, 1998).

Apesar da preponderância deste modelo em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observou-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre diversas abordagens. A OMS definiu saúde como "um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença" (OMS, 1948). Como citado por Buss & Pellegrini Filho (2007), a definição de saúde proposta pela OMS trouxe uma concepção bastante ampla de saúde.

Esta concepção de saúde incorpora uma visão afirmativa, que identifica a saúde como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença (BUSS, 2000), mas também incorpora uma visão negativa, que torna a idealização do conceito inatingível, uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de completo bem-estar.

Assim, inviabilizando o uso desta concepção de saúde como meta para os serviços de saúde (CANGUILHEM, 1997; ARANTES et al. 2008).

Outro modelo mais contemporâneo é o modelo "campo da saúde". Este conceito denominado do inglês *Health Concept Field* apareceu pela primeira vez em 1974 em um relatório do governo canadense "*A New Perspective on the Health of Canadians*", também conhecido como relatório Lalonde (LALONDE, 1974). Este conceito foi utilizado para analisar o estado de saúde dos canadenses, trazendo como consigna básica adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Marc Lalonde (1981), a saúde pode ser determinada por um conjunto de quatro componentes, localizados no "campo da saúde" que estão numa permanente inter-relação e interdependência: a Biologia Humana, o Meio Ambiente, o Estilo de Vida e a Organização dos Serviços de Saúde. O componente Biologia Humana inclui todos os aspectos da saúde, tanto físico e mental, que são desenvolvidos dentro do corpo humano como uma consequência da biologia do homem e da composição orgânica do indivíduo, como o envelhecimento e herança genética. Nesse componente também se localizam as doenças crônicas originadas de complicações do corpo humano. O componente Ambiente inclui todas as questões relacionadas à saúde que são externas ao corpo humano e sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle, incluindo o ambiente físico e social. O componente Estilo de Vida constitui-se na agregação de decisões dos indivíduos que afetam a sua saúde, ou seja, como o comportamento do indivíduo afeta a sua saúde, como exemplo a prática de exercício físico e o uso excessivo de bebida alcoólica. O quarto componente Organização dos Serviços de saúde, consiste na quantidade, qualidade, arranjo, natureza e relações de pessoas e recursos na prestação de cuidados à saúde (LALONDE, 1981). Segundo Buss & Pellegrini Filho (2007) esse componente inclui componentes de recuperação, prevenção e cura da saúde.

O relatório Lalonde teve grandes repercussões na década de 1970, um importante momento na construção da concepção orientadora das práticas de promoção de saúde, influenciando as políticas sanitárias de diversos países e a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária à Saúde (LEITE, 2013).

O relatório Lalonde destacou-se quanto à identificação da necessidade de colaboração intersetorial e no reconhecimento de que a combinação de múltiplas intervenções era necessária para enfrentar adequadamente os determinantes de saúde (GLOUBERMAN &

MILLAR, 2013). Foram propostas estratégias centradas na promoção da saúde, na regulação, na pesquisa, na eficiência da atenção à saúde e no estabelecimento de objetivos, atentando-se para a gravidade dos problemas de saúde e para a identificação de prioridades (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007).

Conforme enfatizado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde-CNDSS (2008), um modelo tem sido bastante utilizado- o modelo de Dahlgren e Whitehead, devido principalmente à sua simplicidade, fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes de saúde.

O modelo de Dahlgren e Whitehead trata-se de um modelo conceitual de determinação social da saúde que inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas, desde os macrodeterminantes, relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, até os determinantes proximais, tais como estilo de vida dos indivíduos, idade, sexo e fatores hereditários (SOBRAL & FREITAS, 2010).

2.2 Atenção Básica à Saúde e a promoção da qualidade de vida dos usuários do SUS

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi conferido ao Estado o papel de assegurar saúde de forma universal, integral e equânime (BRASIL, 1988). Assim, a atenção à saúde tornou-se um direito humano fundamental, que se reflete em fatores determinantes e condicionantes da saúde, de forma a se traduzir na melhoria da qualidade de vida e condições de vida de uma população.

Para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus membros, são necessárias políticas públicas saudáveis, isto é, políticas comprometidas com a qualidade de vida e a saúde da população (LEITE, 2013).

O modelo de atenção à saúde do Brasil é orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006) que tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, sendo que a partir de 2006 foi transformado em Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). A ESF é prioritária para organização e expansão da PNAB, sendo esse serviço de saúde que está mais próximo das pessoas, proporcionando maior acesso e resolubilidade. O trabalho é desenvolvido por meio de equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua. As Unidades Básicas de Saúde

(UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, a ESF deve ser o contato preferencial dos usuários. É regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Segundo PAIM et al. (2011), o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. O número de pessoas que busca a ABS aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de UBS. Atualmente, o Brasil conta com mais de 40 mil UBS em funcionamento com uma cobertura de aproximadamente 70% da população brasileira (SAGE, 2015).

Ademais, há um crescimento significativo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo, constituindo-se um problema de saúde relevante, sendo responsável por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As principais DCNT como doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, têm respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT et al. 2011 *apud* IBGE, 2014).

Enfatiza-se que a análise das situações de saúde populacionais corresponda as condições de vida de cada indivíduo, então, é dever dos sistemas de saúde, verificarem a relação entre qualidade e condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde (BARCELLOS et al. 2002).

2.3 Qualidade de Vida

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, subjetiva e com vários significados e interpretações, no que se refere ao bem estar que os indivíduos e a coletividade encontram na vida familiar, amorosa, social e ambiental (MINAYO, 2013).

O tema qualidade de vida ainda é recente, complexo e utilizado por diversas áreas de estudos. As definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes, encontrando-se

ainda em um processo de afirmação (TEIXEIRA & SANTOS, 2012; ALMEIDA et al. 2012). Segundo Almeida e colaboradores (2012), as definições de qualidade de vida podem ser tanto amplas, envolvendo inúmeros fatores que exercem influência na qualidade de vida, como restritas, delimitando alguma área.

Na área da saúde, segundo Seild & Zannon (2004), há duas tendências para o termo qualidade de vida: a qualidade de vida como um construto mais genérico (QV) e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Na primeira tendência, o construto não faz referência específica às disfunções ou agravos à saúde, inclui mais aspectos sociológicos e os pesquisadores que adotam essa visão mais ampla de QV, no geral, estudam as pessoas saudáveis da população. No segundo caso, o construto QVRS é utilizado de forma mais específica, para referir-se à percepção do bem-estar, que é diretamente influenciada por alterações no estado de saúde, doença e tratamento (SEIDL & ZANNON, 2004; DINIZ & SCHOR, 2006).

O grupo de QV da OMS define QV como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994). O conceito tem sido interpretado em diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspectos sociais, econômicos e políticos. Os estudos de QV que partem desta definição genérica podem incluir tanto indivíduos saudáveis quanto doentes (PEREIRA, 2013).

2.4 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), do inglês *Health-related quality of life-HRQoL*, é um enfoque restrito e específico desenvolvido no setor da saúde (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000).

Segundo Guiteras & Bayers (1993) (*apud* SEILD & ZANNON, 2004), a QVRS “é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”. Os aspectos de vida que influenciam o estado de saúde incluem as dimensões físicas, psíquicas e sociais (GUYATT, FEENY & PATRICK, 1993).

Existem dois tipos de QVRS: global e específica para uma doença. A QVRS global refere-se a maneira como um indivíduo avalia seu próprio bem-estar geral e sua saúde, enquanto a

medida específica da QVRS fundamenta-se na percepção do paciente sobre como uma doença compromete seu bem-estar e sua saúde (POLONSKY, 2000 *apud* CORRER et al. 2008).

2.5 Instrumentos de medida de qualidade de vida relacionada à saúde

Dentre os vários instrumentos de medida de qualidade de vida disponíveis, tem-se duas categorias: os instrumentos genéricos e os instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos têm o objetivo de avaliar o perfil de saúde (*health profile*) ou as medidas de utilidade (*utility measures*). Os instrumentos específicos focam em uma população que apresenta perfil, doença ou estado funcional específico (GUYATT, FEENY & PATRICK, 1993).

Os instrumentos genéricos, por sua vez, podem ser classificados como medidas de perfil psicométricas ou índices econométricos (FITZPATRICK et al. 1992). As medidas psicométricas geram pontuações em diferentes dimensões da saúde (perfil). As medidas econométricas fornecem uma única pontuação global (índice) que incorpora preferências sociais para estados de saúde (utilidade) (CUNNILERA et al. 2010).

Em relação ao índice, o valor de utilidade é definido como o número que representa as preferências dos indivíduos em relação a resultados, podendo ser compreendido, no âmbito da saúde, como o bem-estar subjetivo ou a percepção individual dos níveis de satisfação obtidos pelos pacientes ao receber cuidados de saúde (TORRANCE, 1986 *apud* ALVARES et al. 2013).

Para que a QVRS seja quantificada aplica-se o conceito de preferência, com base na teoria da decisão sob incerteza, pela qual se entende que os indivíduos têm preferências por diferentes estados de saúde (PRIETO, 2003 *apud* ALVARES et al. 2013; PASCHOAL, 2000). Os métodos utilizados mais frequentemente para validação das preferências incluem, do inglês, *Time-Trade Off* (escolha pelo tempo), *Standard Gamble* (escolha por chance) e *Visual Analogue Scale* (escala analógica visual) (TOLLEY, 2009). Os valores de utilidade também podem ser utilizados para o cálculo de anos de vida ajustados pela qualidade (QALY) para uso em avaliações econômicas (CUNNILERA et al. 2010).

Segundo Guyatt, Feeny & Patrick (1993), o uso de instrumentos genéricos e específicos não são mutuamente exclusivos, apresentando vantagens e desvantagens, podendo ser adequado para diferentes circunstâncias.

Os instrumentos genéricos são aplicáveis numa ampla variedade de populações, mas não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QVRS de uma determinada doença, ou condição clínica, sendo mais adequados para estudos epidemiológicos, ao planeamento e à avaliação de políticas e programas de saúde (FAYERS, 2000; AGUIAR et al. 2008). Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QVRS em determinadas situações (FAYERS, 2000). No Quadro 01 estão apresentadas vantagens e desvantagens de diferentes instrumentos de QVRS segundo Guyatt, Feeny & Patrick (1993).

Quadro 1. Vantagens e desvantagens dos instrumentos de medida de qualidade de vida relacionado à saúde (QVRS).

Tipo	Vantagens	Desvantagens
Instrumentos genéricos (Perfis de saúde/health profile)	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento único. - Detecta diferentes efeitos em diferentes dimensões dos estados de saúde. - Permite comparações entre diferentes intervenções e condições. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode não focar adequadamente na área de interesse. - Pode não ser responsivo.
Medidas de utilidade (Medidas de preferência)	<ul style="list-style-type: none"> - Escore único representando o impacto líquido na quantidade e qualidade de vida. - Análise custo-utilidade. - Incorpora o estado de saúde morte dentro da medida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em determinar os valores de utilidade. - Não permite examinar o efeito das diferentes dimensões de qualidade de vida.
Instrumentos específicos (Doenças, populações, condições e funções específicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Clinicamente sensível. - Pode ser mais sensível para detectar pequenos problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode ser limitado em termos de populações e intervenções. - Não permite comparações entre condições.

Adaptado de Guyatt, Feeny & Patrick (1993).

Dentre os instrumentos genéricos destacam-se o *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D), o WHOQOL-BREF, versão abreviada do WHOQOL-100, o *Short Form 36* (SF-36) e seu derivado o *Short-Form 6 Dimension* (SF-6D), além de outros como, o *Nottingham Health Profile* (NHP) e o *Quality of Well-Being Scale* (QWB-SA). Conforme Quadro 2.

O WHOQOL-100 (versão longa) foi desenvolvido pelo grupo chamado *World Health Organization Quality of Life* e traduzido e validado para o Brasil. Tem o objetivo de avaliar a

QV das pessoas em diferentes culturas (TEIXEIRA & SANTOS, 2012). Este instrumento possui 100 itens e considera seis domínios de análise. O WHOQOL-BREF (versão curta) pode ser mencionado como exemplo de instrumento genérico de avaliação da QV geral, sendo composto por 26 itens e quatro domínios (FLECK et al. 2000). Veja Quadro 2.

O SF-36 é um instrumento muito utilizado na comunidade científica, tendo sido traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil (CICONELLI et al. 1999). O instrumento consiste em 36 itens que avaliam a QVRS em oito dimensões (Quadro 2). Estas dimensões formam dois componentes da QVRS: o físico e o mental. A pontuação varia de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado). Derivado deste instrumento, porém em versões menos extensas, tem-se o SF-12, um questionário que pode gerar tanto um índice (SF-6D) como o perfil, podendo ser útil como alternativa ao EQ-5D (CUNNILERA et al. 2010). O SF-6D é um instrumento econométrico, cujo sistema descritivo consiste de seis dimensões e níveis de severidade que variam entre quatro e seis para cada dimensão. A partir do SF-6D pode-se gerar 18.000 estados de saúde (BRAZIER, ROBERTS & DEVERILL, 2002; MUTEBI, ABRAZIER & WALTERS, 2011).

Instrumentos de medida de QVRS requerem uma série de requisitos metodológicos para serem considerados adequados. Menezes (2014b) destaca a viabilidade prática, a confiabilidade, a cobertura, a sobrecarga de respostas, a validade do constructo e a discriminação por subgrupos socioeconômicos e de saúde. Todos os instrumentos utilizados devem apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade às alterações (CAMPOS & NETO, 2008).

Quadro 2. Instrumentos genéricos utilizados para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Instrumento	Descrição
EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D)	5 Dimensões: mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades Habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão; com 3 níveis de severidade.
SHORT FORM 36 (SF-36)	36 Itens; 8 Domínios: Aspectos Físicos, Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental.
SHORT FORM 6 Dimensions (SF-6D)	6 dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. Níveis de severidade que variam entre 4 e 6.
Nottingham Health Profile (NHP)	38 questões, 6 domínios: Físico, Interações Sociais, Reações Emocionais, Energia, Sono, Dor
Quality of Well-Being Scale (QWB)	3 escalas funcionais: Mobilidade, Atividade Social, Atividade Física, 36 Sintomas/Problemas complexos
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)	100 itens, 6 domínios: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente, espiritualidade. Escala Likert de 5 pontos.
World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-Brief)	26 itens e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Fonte: Elaboração do autor, 2015.

2.6 O sistema EQ-5D-3L para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde

O EQ-5D é um instrumento simples, curto, fácil de usar e com capacidade de obter medidas psicométricas (perfil) e medidas de índice econométricos (utilidade/índice) (GUSI, OLIVARES & RAJENDRAM, 2010).

De acordo com Gusi, Olivares & Rajendram (2010), a base conceitual do EQ-5D é a visão holística da saúde, o que inclui a definição médica, bem como a importância fundamental do funcionamento físico, emocional e social independente. O conceito de saúde em EQ-5D também abrange ambos os aspectos positivos (bem-estar) e aspectos negativos (doença).

O grupo que desenvolveu o EQ-5D foi o grupo *EuroQol*, uma rede internacional multidisciplinar de pesquisadores dedicados à medição do estado de saúde. Estabelecido em 1987, o Grupo *EuroQol* inicialmente consistia de pesquisadores da Europa, mas também inclui membros da América do Norte, Ásia, África, Austrália e Nova Zelândia. Desde então, o grupo tem reunido anualmente em reuniões científicas (RENNEN & OPPE, 2015). De acordo com o guia do usuário do EQ-5D, o questionário é aplicável a uma ampla gama de condições de saúde e tratamentos, fornecendo um perfil descritivo simples e um escore único para o estado de saúde que podem ser usados na avaliação clínica e econômica dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas de saúde em populações (Ver Figura 1).

O EQ-5D consiste em um sistema descritivo que mede a QVRS em cinco dimensões com três opções de resposta cada uma (Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão) e o EQ VAS- uma escala analógica visual de 20 cm que gera uma autoavaliação da QVRS (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

O EQ-5D versão com três níveis de problemas percebidos (EQ-5D-3L) foi introduzido em 1990. O entrevistado é convidado a indicar seu estado de saúde, assinalando na caixa de encontro a declaração mais adequada em cada uma das cinco dimensões (RENNEN & OPPE, 2015).

Figura 1. Versão EQ-5D-3L.

Dimensões do EQ-5D		Níveis de problemas
Mobilidade		1, 2 ou 3
1. Não tenho problemas em andar	<input checked="" type="checkbox"/>	1
2. Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>	
3. Estou limitado/a ficar na cama	<input type="checkbox"/>	
Cuidados Pessoais		
1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	<input type="checkbox"/>	2
2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>	
Atividades Habituais		
1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>	2
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>	
Dor/Mal-estar		
1. Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/>	3
2. Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/>	
3. Tenho dores ou mal-estar extremos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ansiedade/Depressão		
1. Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	3
2. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>	
3. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input checked="" type="checkbox"/>	
Estado de saúde: 12233 (exemplo)		

Fonte: Adaptado de Rennen & Oppe, 2015.

Segundo o guia do usuário por Rennen & Oppe (2015), o estado de saúde é definido por meio da combinação de um nível de cada uma das cinco dimensões (Figura 2). Sendo que cada uma das cinco dimensões que constituem o sistema descritivo EQ-5D é dividida em três níveis de problemas relatados:

- Nível 1: indicando que não houve problemas
- Nível 2: indicando problemas moderados
- Nível 3: indicando problemas extremos

Figura 2. Dimensões do estado da saúde do EQ-5D.



Fonte: Adaptado de Rennen & Oppe (2015)

A partir de todas as possíveis combinações de dimensões e níveis de gravidade do EQ-5D (isto é, 3^5) são definidos 243 estados de saúde distintos. Cada estado é referido em termos de um código de cinco dígitos. Por exemplo, estado 11111 indica nenhum problema em qualquer uma das cinco dimensões, enquanto o estado 12233, conforme assinalado na Figura 1, indica que não há problemas com a Mobilidade, mas há problemas moderados com Cuidados

Pessoais e Atividades Habituais e problemas extremos com Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão.

Os estados de saúde do EQ-5D, definidos pelo sistema descritivo, podem ser convertidos em um único índice numérico por meio da aplicação de uma fórmula que, essencialmente, atribui valores (também chamados de peso/utilidade) para cada um dos níveis em cada dimensão. O índice pode ser calculado deduzindo os pesos adequados a partir de 1, o valor para a saúde perfeita (ou seja, estado 11111) (RENNEN & OPPE, 2015). O estado de saúde descrito como exemplo na Figura 1, para o estado 12233, o índice do EQ-5D/ tem o valor atribuído de 0,380, conforme valores de utilidades validados para população brasileira disponibilizados no artigo de Santos et al. (2015).

Apesar do EQ-5D ser um instrumento amplamente utilizado, este tem sido alvo de críticas em relação ao seu sistema descritivo. Menezes (2014a) destaca duas principais críticas. Primeiramente, o instrumento não é suficientemente sensível para detectar pequenos problemas e/ ou mudanças na saúde. Segundo, as dimensões do EQ-5D não capturam problemas de saúde relevantes. A autora relatou que a dificuldade em diferenciar pessoas com pequenos problemas de saúde é conhecida como efeito teto (ceiling effect) identificada por uma alta proporção de pessoas relatando saúde perfeita, ou seja, não indicam problemas em nenhuma das dimensões (11111). No estudo realizado por Menezes et al. (2015) no estado de Minas Gerais foi encontrado que 44% dos entrevistados declararam saúde perfeita. Outros estudos em populações diversas também reportaram o efeito teto de aproximadamente 50% (PETROU & HOCKLEY, 2005; CUNILLERA et al. 2010; BHARMAL & THOMAS, 2006).

O grupo *EuroQol* também disponibiliza o EQ-5D-5L com o objetivo de melhorar ainda mais a sensibilidade e poder discriminatório da versão EQ-5D-3L existente. O EQ-5D-5L consiste em duas páginas - o sistema descritivo EQ-5D-5L e a escala visual analógica EQ (EQ VAS). O sistema descritivo compreende as mesmas dimensões que o EQ-5D-3L. No entanto, cada dimensão tem cinco níveis: sem problemas, pequenos problemas, problemas moderados, problemas graves e problemas extremos/incapazes (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

2.7 Estudos com EQ-5D em populações

Szend, Janssen & Cabasés (2014), editores do grupo *EuroQol*, publicaram um livro com uma síntese dos resultados de inquéritos populacionais que utilizaram o EQ-5D. Foram coletados dados em 24 países em diferentes momentos, alguns até com mais de um inquérito realizado

no mesmo país, incluindo: Argentina, Armênia, Bélgica, Canadá, China, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Japão, Coreia, Holanda, Nova Zelândia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Tailândia, Reino Unido, Estados Unidos, e Zimbábue. O conjunto de dados incluem observações sobre 216.703 indivíduos.

Os resultados deste estudo demonstraram que a proporção de indivíduos relatando ter algum problema aumentou com a idade em todas as dimensões. A medida que foi observado o aumento da idade, observou-se que mais problemas foram relatados na dimensão Mobilidade. No entanto, em relação a dimensão Ansiedade/Depressão, na medida em que aumentou-se a idade, observou-se que menos problemas foram relatados. Em todas as faixas etárias medidas (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-65, 64-75, 75+), a proporção de problemas com a dimensão Dor / Mal-estar foi maior do que a proporção de problemas sobre as outras dimensões (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

Ao observar os dados disponibilizados dos países Argentina, Bélgica, China, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Itália, Coreia, Holanda, Nova Zelândia, Eslovênia, Espanha, Suécia e Tailândia (utilizando-se do valor/peso de medida das preferências de saúde de sua população), os problemas na dimensão Dor /Mal-estar foram geralmente os mais prevalentes, enquanto problemas com Cuidados Pessoais foram os menos prevalentes dentre as cinco dimensões (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

Foi reportada uma variabilidade nos problemas relatados para cada dimensão entre os países, com porcentagens de faixas entre 5,1-29,8% para Mobilidade; 0,8-14,0% para Cuidados Pessoais; 4,1-32,9% para Atividades Habituais; 10,7-65,0% para Dor/ Mal-estar; e 3,5-47,4% em Ansiedade/ Depressão. Os valores do índice do EQ-5D encontrados (Argentina, Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Coreia, Itália, Dinamarca, Espanha, Reino Unido, Inglaterra, Estados Unidos) variou de 0,855-0,958. O valor mais alto encontrado foi da Coreia e o menor da Inglaterra (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

O estudo de Szend, Janssen & Cabasés (2014) concluiu que idade e sexo (em menor medida), desempenharam um papel importante na explicação de dados do EQ-5D entre os indivíduos. Indivíduos que tiveram pelo menos um nível médio de educação, ajustado para idade e sexo, apresentaram menor chances de problemas de notificação de qualquer dimensão do EQ-5D em quase todos os países pesquisados. Outro ponto analisado, foi o poder discriminatório do EQ-5D como ferramenta de análise de iniquidades de saúde autorelatada, mostrando ser uma

poderosa ferramenta. Os autores ressaltaram que cada país deve considerar os resultados dentro da luz de seu próprio contexto social e cuidados de saúde.

No Brasil, um estudo realizado por Santos et al. (2015) objetivou validar os valores de preferências únicas para a população brasileira. Os dados foram coletados em três cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre, Recife) e no estado de Minas Gerais. Entre 2011-2012, foram entrevistados 9.148 indivíduos entre 18-64 anos. A região Sul (Porto Alegre) apresentou melhor condição socioeconômica e nas outras cidades, a maioria da população foi classificada como classe média. Com base nos resultados deste estudo, foi possível definir os valores de preferência para população brasileira. A dimensão Cuidados Pessoais foi a que mais provocou decréscimo nos valores de utilidade, seguida de Mobilidade. A medida que aumentou-se o nível de problemas relatados, maior foi o decréscimo observado nos valores de utilidade. As dimensões do sistema descritivo do EQ-5D Ansiedade/Depressão (32,4%) e Dor/Mal-estar (48,6%) foram associados com uma maior prevalência de problemas reportados.

Andrade et al. (2013) realizaram uma pesquisa utilizando o EQ-5D em 3.362 indivíduos alfabetizados entre 18 e 64 anos vivendo em áreas urbanas de Minas Gerais. A amostra foi representativa por idade e sexo para todo o estado e para diferentes níveis regionais de Minas Gerais: região metropolitana de Belo Horizonte e área não metropolitana. Foi observada uma prevalência de 51,58% de mulheres. O intervalo etário pesquisado foi entre 18 e 64 anos, sendo que 43,29% da amostra encontravam-se na faixa etária de 18- 34 anos, 33,95% estavam entre 35-49 anos, 25% entre 50-59 anos e apenas 6,5% tinham mais de 60 anos. Cerca de 45% dos entrevistados declararam ter mais de 11 anos de estudo e 30% tinham menos de 4 anos. Cerca de 30% declararam ter plano de saúde. Em relação a presença de doenças crônicas, as mais prevalentes, por ordem decrescente, foram: hipertensão (24,62%), problemas de coluna (17,6%), depressão (14,36%), problemas respiratórios (13,09%), artrite (7,29%), diabetes (5,55%), problemas de coração (6,40%), problemas nos rins (2,83%) e cirrose 0,22% (ANDRADE et al.2013).

No estudo de Andrade et al. (2013), nas análises do sistema descritivo do EQ-5D, foi observado que cerca de 90% dos indivíduos declararam não ter dificuldades na dimensão Cuidados Pessoais (97,59%), Atividades Habituais (89,85%) ou Mobilidade (91,23%). A prevalência de problemas moderados foi maior para as duas dimensões - Dor / Desconforto

(38%) e de Ansiedade / Depressão (30%). Problemas graves em todas as dimensões foram menos prevalentes (inferior a 5%) nessa população.

Menezes et al. (2015), avaliou a mesma população (n= 3.363) do estudo citado anteriormente, mas com o objetivo de avaliar o EQ-5D como um instrumento capaz de descrever a saúde da população brasileira. A análise foi realizada por meio da comparação deste instrumento com outras medidas de saúde e variáveis demográficas e socioeconômicas. O estudo apontou que os menos escolarizados/ mais pobres, em geral, apresentaram mais problemas de saúde que os mais escolarizados/mais ricos, indicando a presença de significativas iniquidades em saúde no Brasil. Aproximadamente 50% da população apresentava alguma doença crônica. A prevalência de saúde perfeita foi de 44,3%, sendo mais prevalente em jovens, bem escolarizado, com renda alta e homens. A doença crônica que mais se destacou foi a artrite, com um alto percentual de pessoas com problemas em todas as dimensões. Por outro lado, os problemas no pulmão e a hipertensão foram as doenças menos relacionadas com o déficit na QVRS.

2.8 Estudos que utilizaram o instrumento EQ-5D em usuários da Atenção Primária

A seguir serão apresentados, no Quadro A1 (apêndice), os principais estudos internacionais que utilizaram o EQ-5D para analisar a QVRS de usuários de serviços primários de saúde. Em inglês usa-se o termo *Primary Care* que significa Atenção Primária. Destaca-se que o termo Atenção Primária e Atenção Básica (ABS), segundo o Ministério da Saúde, são equivalentes (BRASIL, 2006).

Podesta et al. (2013) avaliaram a QVRS de usuários de quatro centros primários de saúde adotando-se do instrumento SF-36 e Azevedo et al. (2013) avaliaram a QVRS de usuários portadores de doenças crônicas utilizando o instrumento WHOQOL-Bref em três UBS vinculadas à Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul. No entanto não foram encontrados estudos com a população brasileira utilizando-se o EQ-5D como medida de QVRS dos usuários da ABS do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e os fatores a ela associados em usuários da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

3.2 Objetivo Específicos

1. Mensurar a QVRS dos usuários da Atenção Básica à Saúde do SUS, utilizando como instrumento de medida o EQ-5D.
2. Descrever as dimensões do sistema descritivo do EQ-5D.
3. Verificar os fatores associados a QVRS com base no índice do EQ-5D.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Revisão da Literatura

Para a revisão da literatura, realizou-se uma busca ampla e não sistemática nas bases de dados eletrônicas LILACS, PUBMED, SCIELO, o Portal CAPES e bases específicas de QV: *EuroQol* e *Quality of Life Research* utilizando-se como descritores “QUALITY OF LIFE” (palavras) e “EQ-5D” (any field). Para refinar a seleção de artigos específicos sobre o tema proposto, associaram-se outros descritores como: "HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE", "PRIMARY CARE", "PRIMARY CARE SETTINGS", "EQ-5D-3L", "CHRONIC DISEASES", dentre outros. Além disso, foi feita uma busca manual e na literatura cinzenta.

4.2 O estudo

O Ministério da Saúde em parceria com instituições acadêmicas do Brasil realizou a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), considerando-se a necessidade de conhecer aspectos relacionados ao acesso, utilização e uso racional de medicamentos no Brasil. Além disso, objetivou-se avaliar as políticas de assistência à saúde do cidadão, visando a melhoria das condições de saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população brasileira, bem como a consolidação do SUS.

A PNAUM foi organizada em dois grandes componentes:

- 1) Componente Inquérito: levantamento domiciliar de base populacional cuja unidade de investigação foi o domicílio.
- 2) Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica (Componente Serviços): análise dos serviços de saúde oferecidos no âmbito da ABS cuja unidade de investigação foi o serviço básico de saúde.

A PNAUM Componente Serviços constituiu-se em um estudo transversal, de caráter exploratório, sendo composto por um levantamento in loco em serviços básicos de saúde, mediante a aplicação de roteiros de observação direta e entrevistas presenciais com usuários, com responsáveis pela entrega de medicamentos (dispensadores) e com prescritores. Além de entrevistas telefônicas com responsáveis pela Assistência Farmacêutica e secretários municipais de saúde.

Este estudo integra a PNAUM Componente Serviços e constitui-se na análise de dados da QVRS de usuários atendidos nos serviços básicos de saúde do SUS, obtidos por meio de entrevista presencial a esses usuários.

4.3 Período de Estudo

A PNAUM foi instituída pela Portaria N° 2.077, de 17 e Setembro de 2012 do Gabinete do Ministro Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). A elaboração dos instrumentos e metodologias empregadas foram definidas no período de 2012 a 2014. A coleta de dados do Componente Serviços ocorreu entre julho a dezembro de 2014.

4.2 Plano amostral

Por se tratar de uma amostra complexa envolvendo várias populações, foi utilizada uma amostragem probabilística de múltiplos estágios. Em cada estágio algumas dessas populações foram amostradas e estimativas referentes a elas foram realizadas de forma independente.

As populações de estudo foram estratificadas por região: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste e esses estratos constituíram domínios de estudo. Considerando-se as populações de estudo, calculou-se o tamanho da amostra de municípios e serviços básicos de saúde, para as cinco regiões geográficas do Brasil, de acordo com o exposto abaixo:

Considerando-se o objetivo de estimar diversas proporções, o tamanho da amostra foi calculado por meio da expressão algébrica: $n_0 = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$, em que:

- P = 0,50 é a proporção de indivíduos a ser estimada por ser a que leva ao maior tamanho de amostra;
- z= 1,96 é o valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança;
- *deff* é o efeito do delineamento;
- *d* é o erro de amostragem em pontos percentuais.

Em relação à amostra de usuários, foi considerada ainda a necessidade de se obter estimativas com a precisão desejada para subgrupos populacionais menores e, para isso, foi considerado que tais grupos correspondem a 30% da população total ($n=n_0/0,30$).

Os tamanhos de amostra adotados, em cada região, foram:

- municípios: 115 unidades (arredondado para 120), sendo $deff=1,2$ e $d=0,10$;

- serviços: 300 unidades, sendo $d_{eff}=2$ e $d=0,08$ ou $d_{eff}=1,5$ e $d=0,07$;

- usuários: 1800.

Assim, conforme apresentado na Figura 3, a amostra calculada foi composta de 600 municípios, perfazendo-se 120 por região. Dentro de cada região, os municípios foram organizados em três grupos de acordo com o tamanho da população do município: Grupo 01- Das capitais; Grupo 02- Dos 0,5% municípios maiores de cada região; GRUPO 03 – Da amostra do restante dos municípios. Tal estratificação, totalizou: 27 capitais, 27 municípios maiores (acima de 290 mil habitantes) e 546 municípios representantes dos demais. Os dois primeiros foram considerados estratos certos, ou seja, não houve sorteio de unidades. No estrato de municípios menores, a seleção se deu por sorteio sistemático. Em cada município, entrevistas telefônicas foram realizadas com o responsável pela Assistência Farmacêutica e Secretário Municipal de Saúde.

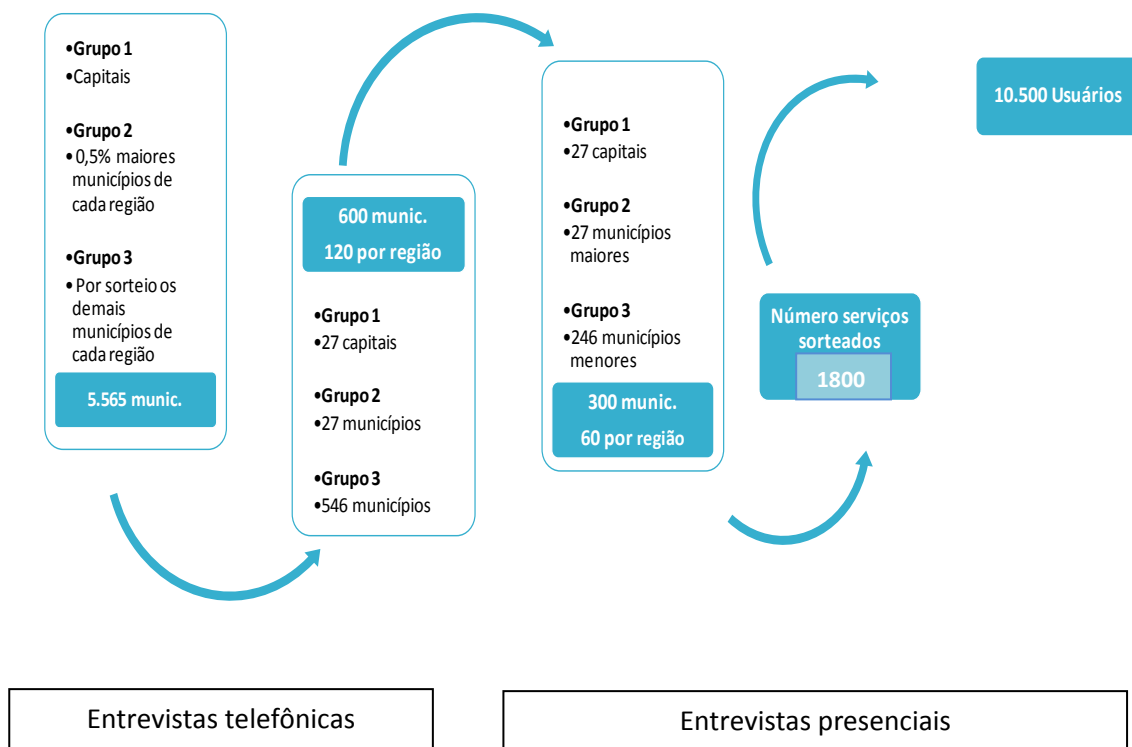
Dentre os 600 selecionados foram retirados uma subamostra de 300 municípios para receber a pesquisa in loco nos serviços básicos de saúde, sendo 60 municípios por região.

Para a realização da observação direta e entrevista presencial, a amostra foi sorteada em dois estágios: municípios e serviços básicos de saúde. Para cada região foram incluídos o Grupo 1 e o Grupo 2, no Grupo 3 foram incluídos os municípios menores sorteados aleatoriamente até completar os 60 municípios por região e o número que faltava para completar 60 foi sorteado dentre os municípios menores, por região. Assim, foram selecionados 27 capitais, 27 municípios maiores e 246 outros municípios.

No segundo estágio, foram sorteados em cada município, serviços de saúde referentes a estabelecimentos de atenção básica, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos seguintes tipos: posto de saúde, centro de saúde / unidade básica de saúde e unidade mista. Foram excluídas as unidades móveis fluviais e terrestres.

Para o sorteio, os municípios pequenos foram divididos em dois grupos: com um ou dois serviços de saúde e com três ou mais serviços de saúde. No primeiro grupo, todos os serviços foram incluídos. No grupo de municípios com três ou mais serviços de saúde, as unidades foram sorteadas. Totalizando 1.800 unidades de serviços básicos de saúde, considerando-se 20% de perda, distribuídas nas cinco regiões geográficas do país.

Figura 3. Processo de amostragem de diferentes unidades de sorteio. PNAUM. Brasil-2015



Após a seleção dos municípios e dos serviços de saúde onde se realizaria a pesquisa in loco, procedeu-se ao terceiro estágio da amostragem, visando a seleção dos usuários (Quadro 4).

Quadro 4. População de estudo, unidade de sorteio e componentes da amostra.

População de Estudo	Unidade de Sorteio	Componentes
Usuários	Município, Serviço de Saúde e consulta médica.	Amostra de usuários em consulta nos dias de pesquisa.

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% (recusa, impossibilidade de realização da entrevista completa, dentre outros) foram sorteados 2.100 usuários, totalizando 10.500 usuários. Esse número de usuários foi distribuído proporcionalmente pelos estratos, segundo a frequência de serviços amostrados em cada um deles (Tabela 1).

Tabela 1. Amostra planejada de usuários por estrato e região.

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios		Total
			1 ou 2ss	3 ou + ss	
Norte	712	181	192	1013	2100
Nordeste	667	195	87	1150	2100
Sudeste	673	185	162	1083	2100
Sul	671	180	228	1018	2100
Centro-oeste	686	150	220	1044	2100

ss = serviços de saúde

A fração de amostragem utilizada para o sorteio de usuários nos serviços foi: $f_3 = \frac{\bar{c}}{\bar{C}}$ em que \bar{c} foi a média de usuários sorteados por serviço e \bar{C} foi a média mensal de usuários atendidos em consulta médica nos serviços. Em cada região, a média de usuários sorteados por serviço foi calculada dividindo-se o total de usuários pelo número de serviços da amostra (Tabela 2).

Tabela 2. Cálculo da média de usuários a serem entrevistados por serviço.

Região	Total usuários	Total de serviços	Média de usuário por serviço
Norte	2100	295	7,1186
Nordeste	2100	315	6,6667
Sudeste	2100	312	6,7308
Sul	2100	313	6,7093
Centro-oeste	2100	306	6,8627

A média de usuários atendidos mensalmente nos serviços da amostra (Tabela 3) foi estimada por: $\bar{C} = \frac{C_s}{n_s}$, em que C_s foi o total de consultas mensais nos serviços de saúde da amostra e n_s foi o número de serviços.

Tabela 3. Média de consultas nos serviços da amostra, segundo estrato e região.

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2ss	3 ou + ss
Norte	10,17	5,97	11,01	8,38
Nordeste	7,63	9,68	8,71	9,45
Sudeste	10,36	9,50	15,03	12,18
Sul	15,98	12,09	15,98	13,43
Centro-oeste	8,10	9,25	11,44	10,87

ss = serviços de saúde

Os denominadores das frações de amostragem nos serviços ($\frac{1}{\bar{c}/\bar{c}}$) para cada estrato e região estão indicados na Tabela 4 e correspondem ao intervalo de sorteio em cada serviço. Dessa forma, aplicando-se essas frações ao número de usuários existentes em cada serviço, foram determinados os números de usuários a serem entrevistados.

Tabela 4. Intervalo de sorteio nos serviços (inverso de f3).

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2ss	3 ou + ss
Norte	1,41	1	1,53	1,16
Nordeste	1,16	1,47	1,33	1,44
Sudeste	1,54	1,41	2,23	1,81
Sul	2,31	1,75	2,31	1,94
Centro-oeste	1,16	1,32	1,64	1,55

ss = serviços de saúde

Para usuários, a fração de amostragem global foi: $f = \frac{a}{A} \cdot \frac{\bar{b}}{\bar{B}} \cdot \frac{\bar{c}}{\bar{C}} = \frac{n}{N}$. Os pesos de delineamento a serem utilizados na análise dos dados referentes a usuários estão indicados na Tabela 5. Tais pesos correspondem aos denominadores das respectivas frações de amostragem.

Tabela 5. Denominador da fração de amostragem de usuários, por estrato e região.

Região	Capitais	Municípios maiores	Municípios	
			1 ou 2ss	3 ou + ss
Norte	13,658	13,251	12,972	42,849
Nordeste	23,336	83,396	86,670	122,956
Sudeste	55,544	55,054	95,776	137,685
Sul	28,277	24,678	90,955	174,659
Centro-oeste	4,775	5,099	16,681	22,907

ss = serviços de saúde

4.4 Critérios de elegibilidade

A seleção dos usuários para a realização da entrevista foi estabelecida de modo que não fosse permitido aos entrevistadores a liberdade de escolha de usuários para compor a amostra, aproximando-se ao máximo de uma seleção por sorteio aleatório

Na UBS, após obter o consentimento do gestor para a coleta dos dados, foi preenchida uma planilha com a escala de dosmédicos que possuíam agenda de consultas na unidade, por dia da semana. Desta forma, o entrevistador podia planejar o trabalho, durante os dias de

permanência na UBS. Após essa etapa, deveria ser identificado o primeiro usuário para ser entrevistado na agenda de qualquer um dos médicos da amostra. Foi estabelecido que este usuário deveria ser o último paciente a ser atendido pelo médico dentre os que já estivessem presentes na unidade. Foram entrevistados usuários com 18 anos ou mais.

4.5 Fontes de informação

A listagem usada para sorteio dos municípios foi extraída do DATASUS, com a população residente estimada para 2012 pelo IBGE, em março de 2013, disponível no endereço: (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popbr.def>).

O sorteio dos serviços de ABS foi baseado na média diária do número de consultas médicas realizadas por serviço, no período de julho a dezembro de 2013, em pessoas com idade superior a 17 anos. A relação do número de consultas médicas por serviço de saúde, por mês, foi fornecida pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em maio de 2014. Em julho de 2014 foram fornecidos dados de consulta médica mensal do mês de maio de 2014. A média do número de consultas médicas diárias de 2013 foi cotejada com a média do número de consultas médicas diárias, de maio de 2014, e as diferenças foram usadas para correção do cálculo do número de consultas diárias por serviço.

Verificou-se junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (cnes.datasus.gov.br) a classificação dos serviços de saúde.

4.6 Instrumentos de coleta

Os dados foram coletados em um dispositivo eletrônico (tipo tablet), equipado com conexão 3G e GPS, e transmitidos para os servidores da empresa a cada sincronização.

As entrevistas foram realizadas com a utilização de um questionário semiestruturado específico para usuários, elaborado pelo grupo de pesquisa da PNAUM. As entrevistas duraram em média 30 minutos. Contudo, este tempo variou de acordo com o número de comorbidades apresentadas e de medicamentos utilizados. Todas as entrevistas foram conduzidas por entrevistadores treinados.

4.7 Questionário do usuário

No questionário destinado à entrevista com usuários dos serviços básicos de saúde constavam informações pessoais do entrevistado e informações acerca da presença de doenças traçadoras pré-definidas, medicamentos em uso, utilização e características do atendimento no sistema de

saúde, processo de obtenção do medicamento, aspectos relacionados a utilização e uso racional de medicamentos bem como qualidade e estilo de vida (Anexo 2)

4.8 Treinamento dos entrevistadores

Todos os profissionais envolvidos no trabalho de campo receberam treinamento específico e apropriado para o desempenho de suas funções. O treinamento presencial dos entrevistadores contemplou além de aspectos relacionados à abordagem dos entrevistados, explicações sobre conceitos fundamentais da pesquisa e padronização dos procedimentos de coleta de dados.

4.10 Variáveis

4.10.1 Variáveis dependentes

4.10.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram classificadas de acordo com os quatros componentes determinantes de saúde propostos no relatório Lalonde (1981): 1-Biologia Humana 2-Ambiente, 3-Comportamento e Estilo de Vida e 4-Organização dos Serviços de Saúde.

Componente1: Biologia Humana

As variáveis consideradas nesse componente incluem faixa etária, cor/raça, o número e a presença de condições crônicas. A presença dessas condições crônicas foi definida de acordo com o diagnóstico autoreportado, sendo elas: hipertensão; diabetes mellitus; doenças do coração; dislipidemia (colesterol alto e/ou triglicérides); Acidente Vascular Cerebral (AVC); doença pulmonar crônica (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra); artrite, artrose ou reumatismo e depressão. Verificou-se o número de condições crônicas autorelatadas: nenhuma condição (0) a oito (8) condições crônicas.

Componente2: Ambiente

As variáveis consideradas, foram a região de residência, a escolaridade e a classe econômica segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2013.

Componente3: Comportamento e Estilo de Vida

Para esse componente, considerou-se as variáveis referentes ao estilo de vida do usuário, como a frequência do uso de bebida alcoólica (não bebo nunca, menos de uma vez por mês e uma vez ou mais por mês), prática de atividades físicas como exercício físico ou esporte nos

últimos três meses (sim ou não), ser fumante atual (sim ou não), o uso de medicamentos nos últimos 30 dias anteriores, em dieta para perder peso, evitar o consumo de sal, em dieta para reduzir o consumo de gordura e em dieta para reduzir o açúcar (sim ou não) e autopercepção de saúde.

Componente4: Organização dos Serviços de Saúde

As variáveis de serviços de saúde incluídas neste componente foram ter ou não plano de saúde ou convênio médico, utilizou o serviço de emergência (ter sido atendido em alguma emergência nos últimos 12 meses) e ter sido internado em hospital nos últimos 12 meses.

4.11 Análise Estatística

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 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 foi avaliado por meio de regressão linear múltipla. Devido a colinearidade observada entre as variáveis referentes às condições crônicas específicas e o número de condições crônicas (0-5+), construiu-se dois modelos 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® versão 12.0.

4.12 Aspectos Éticos

A PNAUM foi submetida ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o CAAE 18947013.6.0000.0008 e aprovada mediante o parecer de número 398.131/2013, para execução em âmbito nacional (Anexo 1). Para a pesquisa de campo foi necessário contato prévio com os secretários municipais de saúde para a autorização da realização da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a realização das entrevistas com os usuários foram solicitados o preenchimento prévio do TCLE. Para toda e qualquer análise os dados foram anonimizados de forma a garantir o sigilo dos entrevistados.

5 RESULTADOS

5.1 Características da amostra

Da amostra inicial prevista de 9000 usuários, 8.803 responderam à pesquisa PNAUM, sendo estes provenientes de 1.305 serviços básicos de saúde, localizados em 272 municípios distribuídos nas cinco regiões geopolíticas do Brasil. No total, 8.590 usuários, provenientes de 1.139 serviços básicos de saúde, de 272 municípios reportaram sua QVRS. Foram excluídos 213 usuários por ausência de questões completas do EQ-5D ou falta de dados.

Considerando as características dos usuários segundo os determinantes de saúde propostos por Lalonde (1981):Biologia Humana (Tabela 6), a maior parte dos usuários era do sexo feminino (76,1%) e não brancos (60,0%). A faixa etária de maior prevalência foi de 18-39 anos (39,7%), seguida pela de 40-59 anos (37,3%) e a de menor prevalência foi a de 60 ou mais anos (23,0%). Cerca de 77% dos usuários referiram ter pelo menos uma condição crônica. Em relação ao número de condições crônicas autorelatadas, metade dos usuários reportaram ser portadores de pelo menos três condições crônicas. 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%).

Considerando o componente Ambiente, observou-se que 33,9% residiam na região Sudeste, 29,9% no Nordeste, 24,8% no Sul, 5,9% no Centro-Oeste e 5,5% no Norte. Quanto à escolaridade, 10% dos usuários eram analfabetos, 40,8% apresentavam Ensino Fundamental Incompleto, 20,4% Ensino Fundamental Completo, 25,6% Ensino Médio e apenas, 3,1% apresentavam Ensino Superior. Mais da metade dos usuários pertenciam à classe C (Tabela 6).

Segundo o componente Comportamento e Estilo de Vida, ou seja, o comportamento do indivíduo quanto à sua saúde. Observou-se que 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. A maioria dos usuários (76,6%) declarou ter utilizado medicamentos nos últimos 30 dias. Em relação à autoavaliação de saúde, cerca de 57% dos usuários avaliaram sua saúde como muito boa ou boa.

Quanto à Organização dos Serviços de Saúde (Tabela 6), a maioria dos usuários declarou não ter sido internado em hospitais (77%) ou ter utilizado serviço de urgência (90,2%) no último

ano anterior a entrevista. Quase 90% dos usuários declararam não possuir plano de saúde ou convênio médico.

Tabela 6. Distribuição dos usuários da ABS (n=8.590) segundo as variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015.

Variável	n*	%**
BIOLOGIA HUMANA		
<i>Sexo</i>		
Feminino	6617	76,1
Masculino	1973	23,9
<i>Faixa Etária</i>		
18 a 39 anos	3062	39,7
40 a 59 anos	3054	37,3
60 ou mais	1805	23,0
<i>Cor/ Raça</i>		
Branços	3072	40,0
Não Brancos	5518	60,0
<i>Hipertensão</i>		
Sim	3071	38,6
Não	5506	61,4
<i>Diabetes Mellitus</i>		
Sim	1121	13,6
Não	7431	86,4
<i>Doenças do Coração</i>		
Sim	624	7,8
Não	7864	92,2
<i>Dislipidemia</i>		
Sim	1901	22,9
Não	6594	77,1
<i>AVC</i>		
Sim	211	2,5
Não	8365	97,5
<i>Doença Pulmonar Crônica</i>		
Sim	871	9,6
Não	7706	90,4
<i>Artrite/ artrose /reumatismo</i>		
Sim	1629	19,6
Não	6894	80,4
<i>Depressão</i>		
Sim	1490	18,5
Não	7080	81,5
<i>Número de condições crônicas autorrelatadas</i>		
0	1930	22,3
1	1152	14,2
2	735	9,5
3	4369	49,0
4	253	3,2
5 ou +	151	1,8
AMBIENTE		
<i>Região</i>		
Centro-Oeste	15116	5,9
Norte	1544	5,5
Nordeste	1681	29,9
Sul	2019	24,9
Sudeste	1830	33,9

* n não ponderado; % ponderada.

Tabela 6. Distribuição dos usuários da ABS (n=8.590) segundo as variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

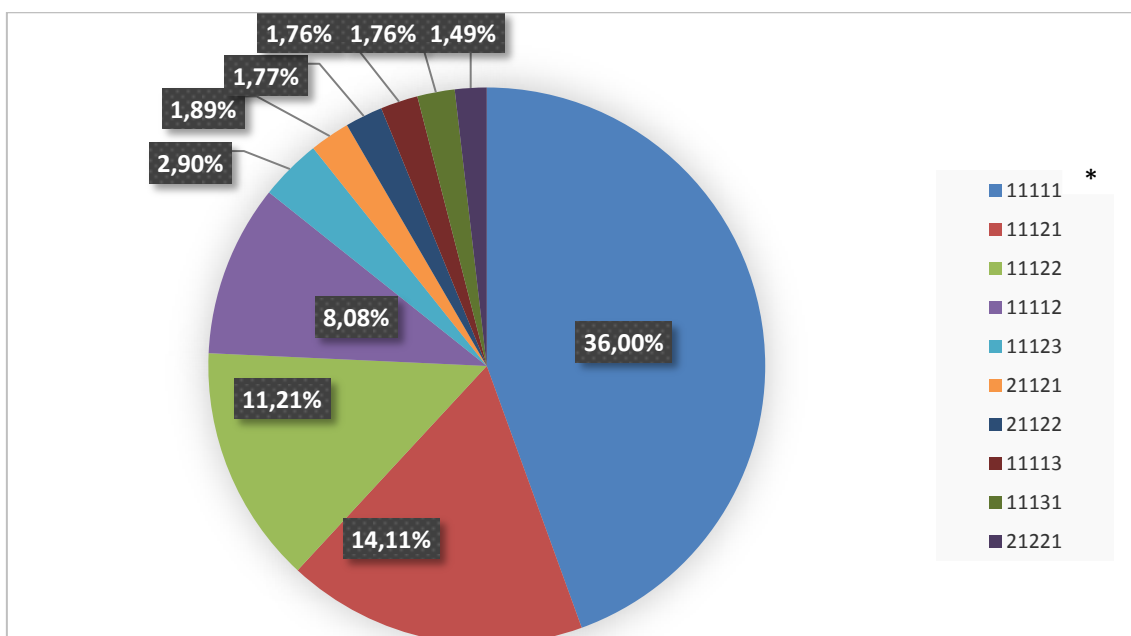
AMBIENTE		
Escolaridade		
Analfabeto	736	10,1
Ensino Fundamental Incompleto	3192	40,8
Ensino Fundamental Completo	1870	20,4
Ensino Médio	2499	25,6
Ensino Superior	293	3,1
Classe Econômica		
A/B	1389	14,9
C	5046	55,1
D/E	2155	30,0
COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA		
Prática de Atividade Física		
Sim	2313	26,1
Não	6277	73,9
Usuário fumante		
Sim	1084	13,3
Não	7506	86,7
Dieta para perder peso		
Sim	1669	18,5
Não	6909	81,5
Uso de Bebida Alcoólica		
Não bebo nunca	6456	76,3
Menos de uma vez por mês	1061	11,9
Uma vez ou mais por mês	1072	11,8
Evita consumo de sal		
Sim	5239	59,2
Não	3347	40,8
Dieta para reduzir o consumo de gordura		
Sim	4821	54,7
Não	3765	45,3
Dieta para reduzir o consumo de açúcar		
Sim	4001	44,0
Não	4587	56,0
Uso de medicamentos		
Sim	6506	76,6
Não	2084	23,4
Autopercepção de saúde		
Muito boa/ boa	4961	57,1
Nem ruim/ nem boa	2957	35,0
Ruim/ muito ruim	664	7,9
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
Plano de saúde ou convênio médico		
Sim	738	9,8
Não	6431	90,2
Utilizou serviço de emergência no último ano		
Sim	2142	22,9
Não	6446	77,1
Foi internado em hospital no último ano		
Sim	832	9,6
Não	7756	90,4

* n não ponderado; % ponderada.

5.2 Análises dos estados de saúde obtidos por meio do EQ-5D

A partir do sistema descritivo do EQ-5D foram identificados 115 estados de saúde na população estudada, dentre os 243 possíveis (Tabela A1 disponibilizada no apêndice). No Gráfico 1 estão representados os estados de saúde mais prevalentes, correspondendo a 81% da população. O estado de saúde mais comum foi a saúde perfeita (11111), que representou 36% dos usuários entrevistados. Cerca de 14% dos usuários apresentaram o estado de saúde 11121, com problemas moderados na dimensão Dor/Mal-estar. Aproximadamente 11% dos usuários apresentaram o estado de saúde 11122, com problemas moderados nas dimensões Dor/Mal-estar e Ansiedade/ Depressão. O pior estado de saúde (33333), com problemas extremos em todas as dimensões, corresponde apenas 0,01% da amostra.

Gráfico 1. Representação dos 10 estados de saúde no EQ-5D mais frequentes nos usuários da ABS do SUS (n=8.590). PNAUM. Brasil- 2015.



* 11111-Representação dos estados de saúde dos usuários no EQ-5D para as cinco dimensões (Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades Habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão) por nível de problemas relatados (Nível 1- Nenhum problema, Nível 2- problemas moderados, Nível 3- problemas extremos).

5.3 Análises do sistema descritivo do EQ-5D no Brasil

Na Tabela 7 estão apresentadas as dimensões do EQ-5D, por nível de problemas relatados. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os usuários da ABS no Brasil por regiões geográficas do país para todas as dimensões do EQ-5D ($p < 0,05$). Cerca de 15% dos usuários da ABS no Brasil declararam problemas moderados nas dimensões Mobilidade e Atividades Habituais. As maiores proporções de usuários declarando ter problemas moderados foram observadas nas dimensões Dor/Mal-estar (40,7%) e Ansiedade/Depressão (29,7%). Enquanto na dimensão Cuidados Pessoais, observou-se que apenas 5,4% de usuários declararam ter problemas moderados.

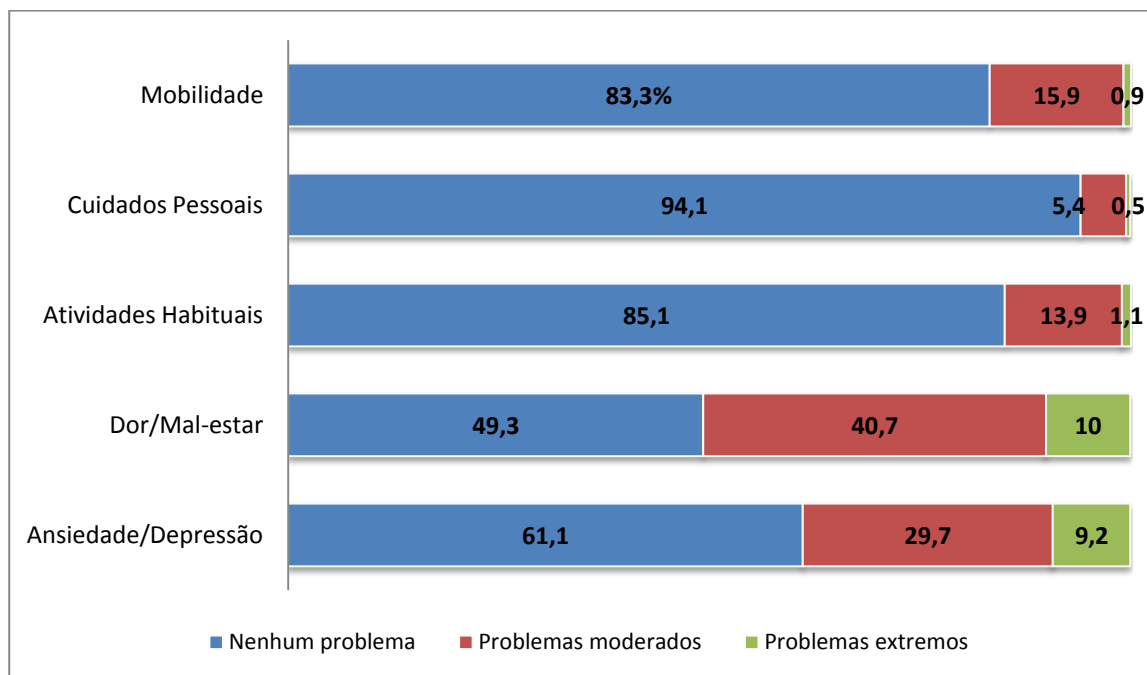
Tabela 7. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) que reportaram nenhum problema, problemas moderados ou problemas extremos nas dimensões do EQ-5D por regiões geográficas do Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.

Dimensões do EQ-5D ^a	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sul		Sudeste		Brasil	
	n**	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Mobilidade												p-valor= 0,001
1*	1349	87,6 (85,7- 89,3)	1407	83,0 (80,7-85,1)	1236	83,8 (81,5-85,8)	1668	81,5 (79,4-83,3)	1521	83,3 (82,1-84,3)	7181	83,3 (82,1-84,3)
2	193	12,3 (10,6-14,2)	262	15,7 (13,7-18,0)	275	15,9 (13,9-18,3)	326	16,7 (14,9-18,7)	305	15,8 (14,8-16,9)	1361	15,8(14,8-16,9)
3	2	0,1 (0,0- 0,3)	12	1,2 (0,7- 2,1)	5	0,2 (0,4 -0,7)	26	1,8 (1,1- 2,7)	4	0,9 (0,6- 1,2)	49	0,9 (0,6- 1,3)
Cuidados Pessoais												p-valor= 0,002
1	1486	96,4 (95,2-97,3)	1575	93,5 (91,9-94,8)	1421	94,3 (92,7-95,5)	1908	93,2 (91,7-94,3)	1739	95,1 (93,7-96,1)	8129	94,1 (93,4-94,8)
2	55	3,5 (2,6- 4,6)	97	5,7(4,5- 7,2)	90	5,5 (4,3- 6,9)	100	5,9 (4,8- 7,3)	91	4,9 (3,9-6,2)	433	5,4 (4,7-6,0)
3	3	0,1 (0,0- 0,6)	9	0,8 (0,4- 1,6)	5	0,2 (0,1- 0,8)	12	0,9 (0,5- 1,6)	0	0,0 (0,0- 0,0)	29	0,5 (0,3- 0,7)
Atividades Habituais												p-valor= 0,000
1	1398	90,4 (88,6-91,8)	1405	83,4 (81,6-85,5)	1267	83,5 (81,2-85,6)	1713	82,6 (80,6-84,5)	1585	87,8 (85,9-89,4)	7368	85,1 (84,3-86,1)
2	134	8,7 (7,3-10,4)	254	15 (12,9-17,2)	238	15,9 (13,8-18,1)	278	15,6 (13,8-17,5)	243	12,1(10,4-13,9)	1147	13,9 (12,9-15,9)
3	12	0,9 (0,5- 1,6)	22	1,7 (1,2- 2,6)	11	0,6 (0,3- 1,3)	28	1,8 (1,2- 2,6)	2	0,1 (0,7- 1,4)	75	1,1 (0,7- 1,4)
Dor/Mal-estar												p-valor= 0,000
1*	859	55,1 (52,4- 57,7)	724	43,1 (40,2-46,1)	671	48,8 (45,8-51,7)	886	42,4 (35,9-44,9)	1030	58,9 (56,3-61,6)	4170	49,3 (47,9-50,8)
2	583	38,2 (35,6- 40,8)	778	46,0 (43,0-48,9)	692	41,9 (38,9-44,8)	856	43,0 (40,5-45,5)	645	34,5 (31,9-37,0)	3554	40,7 (39,3-42,1)
3	102	6,7 (5,5- 8,2)	179	10,9 (9,2- 12,9)	153	9,3 (7,7- 11,2)	277	14,5 (12,8-16,4)	155	6,6 (5,4- 8,0)	866	10,0 (9,2- 10,9)
Ansiedade/Depressão												p-valor= 0,000
1	1192	79,2 (77,0- 81,3)	977	60,7 (57,8-63,6)	849	56,8 (53,9-59,7)	1007	51,4 (48,8-53,9)	1227	66,4 (63,7-68,9)	5252	61,1 (59,7-62,5)
2	311	18,1 (16,2- 20,2)	564	31,7 (28,9-34,5)	496	32,3 (29,6-35,1)	696	34,9 (32,5-37,4)	461	25,4 (23,1-27,8)	2528	29,7 (28,3-30,9)
3	41	2,7 (1,9- 3,7)	140	7,6 (6,1-9,3)	171	10,8 (9,1- 12,8)	316	13,7 (12,0-15,5)	142	8,2 (6,8-9,8)	810	9,2 (8,4- 10,1)

*1(Nível 1) - nenhum problema de saúde relatado; 2 (Nível 2) - algum problema de saúde relatado; 3(Nível 3) - problemas extremos relatados; ** n não ponderado.

Para melhor visualização dos dados estão apresentados no Gráfico 2, os percentuais de usuários da ABS no Brasil, por nível de problemas relatados, para cada dimensão do EQ-5D. Mais de 80% dos usuários não relataram problemas nas dimensões Mobilidade, Cuidados Pessoais e Atividades Pessoais. O percentual de usuários com problemas extremos nestas dimensões foi baixo, menor ou igual a 1,1%. O percentual de usuários com problemas extremos nas dimensões Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão foi em torno de 10%.

Gráfico 2. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) por nível de problemas relatados para cada dimensão do EQ-5D no Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.



Devido aos baixos percentuais de problemas moderados e extremos (níveis 2 e 3) em algumas dimensões, categorizou-se os níveis em nenhum problema (nível 1) e algum problema (problemas moderados- nível 2 e problemas extremos- nível 3), conforme a Tabela 8. 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 estatísticas significantes entre os usuários por regiões geográficas do país nas demais dimensões ($p < 0,05$).

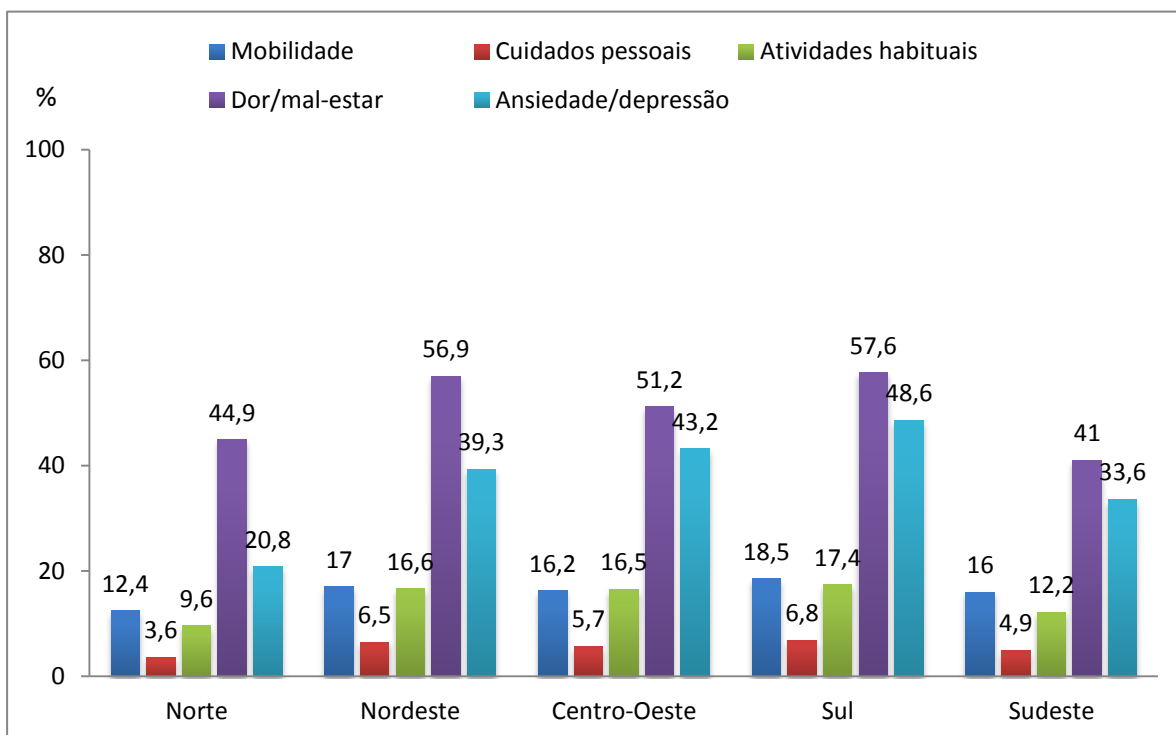
Tabela 8. Percentual de usuários da ABS (n= 8.590) que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D por regiões geográficas do Brasil. PNAUM. Brasil- 2015.

Dimensões do EQ-5D ^a	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sul		Sudeste		Brasil	
	n**	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Mobilidade												p-valor= 0,058
1*	1349	87,6 (85,7- 89,3)	1407	83,0 (80,7-85,1)	1236	83,8 (81,5-85,8)	1668	81,5 (79,4-83,4)	1521	84,0 (81,8-85,8)	7181	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)	1410	16,7 (15,7-17,8)
Cuidados Pessoais												p-valor= 0,035
1	1486	96,4 (95,2-97,3)	1575	93,5 (91,9-94,8)	1421	94,3 (92,7-95,5)	1908	93,2 (91,7-94,4)	1739	95,1 (93,7-96,1)	8129	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-valor= 0,000
1	1398	90,4 (88,6-91,9)	1405	83,4 (81,1-85,5)	1267	83,5 (81,2-85,6)	1713	82,6 (80,6-84,5)	1585	87,8 (85,9-89,4)	7368	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)	1222	14,9 (13,9-15,9)
Dor/Mal-estar												p-valor= 0,000
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)	1030	59,0 (56,3-61,6)	4170	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)	1133	57,6 (55,0-60,1)	800	41,0 (38,4-43,7)	4420	50,7 (49,2-52,1)
Ansiedade/Depressão												p-valor= 0,000
1	1192	79,2 (77,0-81,3)	977	60,7 (57,8-63,6)	849	56,8 (53,9-59,7)	1007	51,4 (48,8-53,9)	1227	66,4 (63,7-68,9)	5252	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)	1012	48,6 (46,0-51,2)	603	33,6 (31,1-36,3)	3338	38,8 (37,5-40,3)

*1(Nível 1) - nenhum problema de saúde relatado; 2 (Nível 2) - algum problema de saúde relatado; ** n não ponderado.

A região Sul apresentou maiores percentuais de usuários com algum problema em todas as dimensões do EQ-5D. Enquanto 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. Cerca de 48% dos usuários da região Sul declararam ter algum problema nesta dimensão, contrastando com apenas 20% dos usuários da região Norte (Gráfico 3).

Gráfico 3. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) com algum problema para cada dimensão do EQ-5D segundo regiões geográficas. PNAUM. Brasil- 2015.



5.4 Análises do sistema descritivo por tipo de condição crônica

No geral, o menor percentual de usuários com nenhum problema nas dimensões do EQ-5D, ou seja com saúde perfeita, foi observado nas condições artrite, artrose ou reumatismo, doenças do coração e depressão. Enquanto doenças pulmonares e hipertensão apresentaram o maior percentual de usuários reportando nenhum problema (Tabela 9).

Tabela 9. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D por tipo de condição crônica. PNAUM. Brasil- 2015.

Dimensões do EQ-5D	Hipertensão		Diabetes Mellitus		Doenças do Coração		AVC	
	n**	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Mobilidade								
1*	2222	73,1 (70,9- 75,1)	767	69,4 (65,6-72,9)	397	64,0 (58,9- 68,8)	106	49,1 (40,0- 58,3)
2	849	26,9 (24,8- 29,0)	354	30,6 (27,1- 35,4)	227	36,0 (31,2- 41,1)	105	50,9 (41,8- 59,9)
Cuidados Pessoais								
1	2799	90,7 (89,2- 92,0)	1008	91,3 (88,9- 93,1)	537	84,0 (79,7- 87,5)	172	79,8 (70,9- 86,5)
2	272	9,3 (8,0- 10,8)	113	8,7 (6,8- 11,1)	87	16,0 (12,5- 20,3)	39	20,2 (13,5- 29,1)
Atividades Habituais								
1	2355	76,8 (74,8- 78,7)	832	75,0 (71,5- 78,2)	401	66,0 (60,9- 70,6)	113	50,5 (41,4- 59,6)
2	716	23,2 (21,2- 25,2)	289	25,0 (21,7- 28,5)	223	34,0 (29,3- 39,1)	98	49,5 (40,4- 58,6)
Dor/Mal-estar								
1	1185	41,1 (38,8- 43,5)	444	40,4 (36,6- 44,4)	150	25,5 (21,2- 30,3)	48	26,3 (18,9- 35,4)
2	1186	58,9 (56,5- 61,2)	677	59,6 (55,6- 63,4)	474	74,5 (69,7- 78,8)	163	73,7 (64,6- 81,1)
Ansiedade/ Depressão								
1	1699	56,7 (54,4- 59,0)	645	58,8 (54,9- 62,6)	278	44,6 (39,5- 49,8)	93	42,3 (33,5- 51,6)
2	1372	43,3 (40,9- 45,6)	476	41,2 (37,4- 45,1)	346	55,4 (50,2- 60,5)	118	57,7 (48,4- 66,4)

*1(Nível 1) - nenhum problema de saúde relatado; 2 (Nível 2) - algum problema de saúde relatado; **n não ponderado.

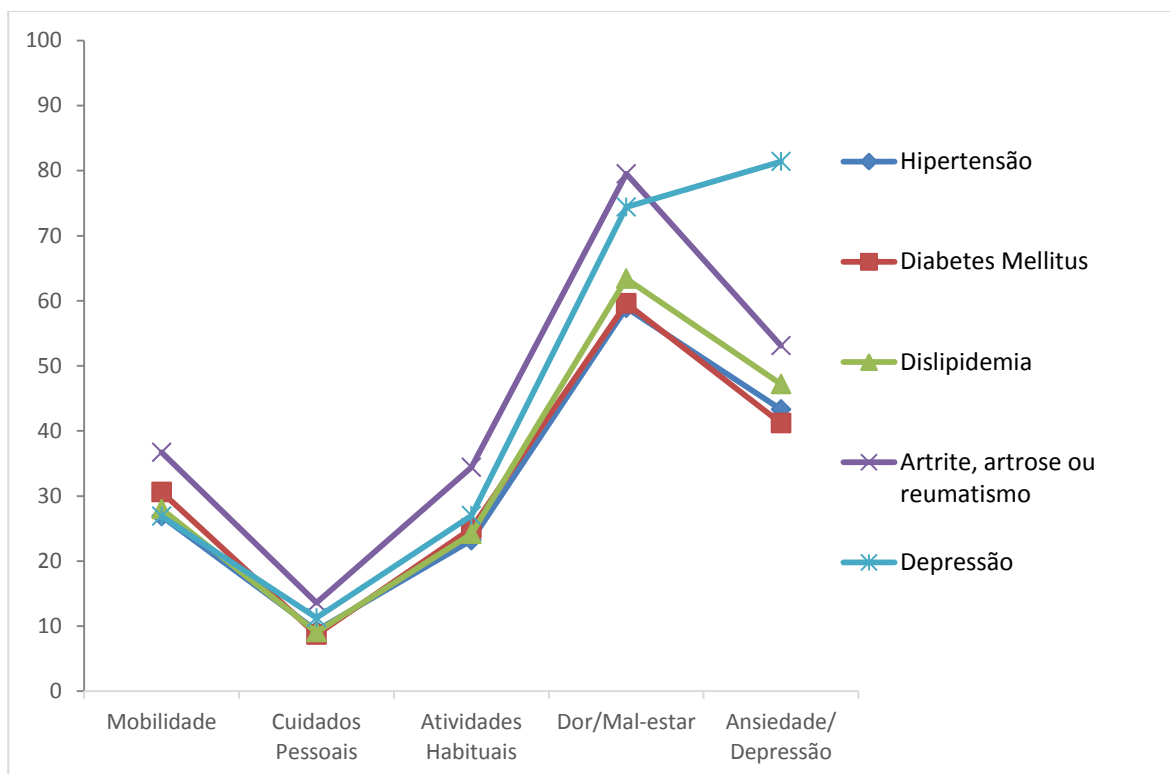
Tabela 9. Percentual de usuários da ABS (n=8.590) que reportaram nenhum problema ou algum problema nas dimensões do EQ-5D por tipo de condição crônica. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

Dimensões do EQ-5D ^a	Doença Pulmonar Crônica		Artrite, artrose ou reumatismo		Depressão		Dislipidemia	
	n **	%(IC 95%)	n	N%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)
Mobilidade								
1	652	76,9 (72,9- 80,5)	1004	63,3 (60,2- 66,4)	1069	73,1 (70,1- 75,9)	1356	72,0 (69,2- 74,7)
2	219	23,1 (19,5- 27,1)	625	36,7 (33,6- 39,8)	421	26,9 (24,0- 29,9)	545	28,0 (25,3- 30,8)
Cuidados Pessoais								
1	815	93,5 (90,8- 95,4)	1413	86,4 (84,0- 88,5)	1340	88,7 (86,4- 90,7)	1732	90,9 (89,3- 92,5)
2	56	6,5 (4,6- 9,2)	216	13,6 (11,5- 15,9)	150	11,3 (9,3- 13,6)	169	9,1 (7,5- 10,9)
Atividades Habituais								
1	678	79,1 (75,2- 82,5)	1058	65,6 (62,4- 68,6)	1088	73,0 (69,9- 75,8)	1425	75,8 (73,1- 78,3)
2	193	20,9 (17,5- 24,8)	571	34,4 (31,4-37,5)	402	27,0 (24,2- 30,1)	476	24,2 (21,7- 26,9)
Dor/Mal-estar								
1	293	34,6 (30,1- 39,1)	333	20,5 (18,0- 23,3)	382	25,6 (22,8- 28,7)	661	36,6 (33,7- 39,6)
2	578	65,4 (60,9- 69,6)	1296	79,5 (76,7- 82,0)	1108	74,4 (71,3- 77,2)	1240	63,4 (60,3- 66,3)
Ansiedade/ Depressão								
1	441	49,4 (44,9- 53,9)	757	46,9 (43,7- 50,2)	299	18,6 (16,1- 21,4)	1004	52,8 (49,8- 55,8)
2	430	50,6 (46,0- 55,1)	872	53,1 (49,8- 56,3)	1191	81,4 (78,6- 83,9)	897	47,2 (44,1- 50,2)

*1 (Nível 1) - nenhum problema de saúde relatado; 2 (Nível 2) - algum problema de saúde relatado; **n não ponderado.

Analisando as cinco condições crônicas mais prevalentes (Gráfico 4), observou-se que a condição crônica em que os usuários reportaram com mais frequência algum problema em todas as dimensões, exceto na dimensão Ansiedade/ Depressão, foi artrite, artrose ou Reumatismo. Na dimensão Ansiedade/ Depressões prevaleceram os usuários que declararam ter depressão (81,4%), seguido de artrite, artrose ou reumatismo (53,1%). Na dimensão Mobilidade, a condição crônica em que os usuários relataram com maior frequência ter algum problema, depois de artrite, artrose ou reumatismo, foi diabetes (30,6%). De modo geral, hipertensão, diabetes e dislipidemia comparado à artrite, artrose ou reumatismo e depressão tem menor percentual de algum problema nas dimensões do EQ-5D.

Gráfico 4. Percentagem de usuários da ABS (n=8.590) com algum problema nas dimensões do EQ-5D, segundo as cinco condições crônicas mais prevalentes na amostra. PNAUM. Brasil- 2015.



5.5 Análises do índice do EQ-5D e dos fatores associados

Em relação ao índice do EQ-5D de 8.590 usuários da ABS do SUS, foi observado o escore médio de 0,793 (IC 95%: 0,788- 0,799). Na análise de regressão linear bivariada, após ajuste por região, todos os fatores dos componentes de saúde (Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde), exceto cor/raça e plano de saúde, foram associados estatisticamente com o índice do EQ-5D ($p < 0,05$). No

componente Biologia Humana, as mulheres apresentaram menores escores de QVRS quando comparadas aos homens. A medida que aumentou-se a faixa etária, também observou-se um decréscimo nos escores de QVRS. Os escores da QVRS diminuíram proporcionalmente com o aumento de condições crônicas autorelatadas. A análise individual das condições crônicas mostrou que AVC (0,583), artrite, artrose ou reumatismo (0,660) e depressão (0,662) foram responsáveis pelos menores escores observados na QVRS dos usuários do SUS (Tabela 10).

Quanto as variáveis do componente Ambiente, foram analisadas as diferentes regiões naturais de residência dos usuários (ambiente físico), a escolaridade e a classe econômica (ambiente social) com o índice do EQ-5D. A medida que diminuía-se a escolaridade e a classe econômica, observava-se um decréscimo nos escores de QVRS. Em relação à média nacional, a região Norte apresentou o melhor escore de QVRS (0,846) e a região Sul, o pior escore (0,757) (Tabela 10).

Em relação ao componente Comportamento e Estilo de Vida, os usuários que declararam beber, fumar e não praticar atividade física apresentaram piores escores de QVRS em relação aos usuários que praticavam exercícios físicos, não bebiam e não eram fumantes. Os usuários que referiram não fazer dieta para perder peso, não evitar o consumo de sal e não fazer dieta para reduzir o consumo de gordura ou açúcar apresentaram melhores escores na QVRS do que os usuários que o fazem. Aqueles usuários que declararam ter utilizado medicamentos nos últimos 30 dias apresentaram piores escores de QVRS. Os usuários que avaliaram sua saúde como muito boa/boa apresentaram os melhores escores de QVRS (Tabela 10).

Quanto ao componente Organização dos Serviços de Saúde, observou-se que os usuários que foram internado em um hospital ou aqueles que utilizaram serviços de emergência no último ano apresentaram piores escores de QVRS comparado aos que não utilizaram esses serviços (Tabela 10).

Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015.

<u>ÍNDICE MÉDIO DO EQ-5D</u>			
Variável	Índice (IC 95%)	n*	p- valor**
<i>Índice Médio do EQ-5D</i>	0,793 (0,788- 0,799)	8590	
<u>BIOLOGIA HUMANA</u>			
<i>Sexo</i>			p-valor< 0,001
Feminino	0,787 (0,781- 0,793)	6617	
Masculino	0,812 (0,800- 0,825)	1973	
<i>Faixa Etária</i>			p-valor< 0,001
18 a 39 anos	0,842 (0,835- 0,850)	3632	
40 a 59 anos	0,764 (0,754- 0,773)	3054	
60 anos ou mais	0,751 (0,737- 0,764)	1805	
<i>Cor/raça</i>			p-valor= 0,962
Branca	0,788 (0,780- 0,797)	3072	
Não Branca	0,796 (0,789-0,804)	5518	
<i>Número de condições crônicas autorelatadas</i>			p-valor< 0,001
0	0,877 (0,868- 0,886)	1930	
1	0,829 (0,816- 0,841)	1152	
2	0,773 (0,756- 0,790)	735	
3	0,766 (0,758- 0,774)	4369	
4	0,645 (0,615- 0,676)	253	
5+	0,583 (-0,165; -0,092)	151	

* não ponderado; **computado após análise de regressão linear bivariada ajustada por região.

Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componente Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

<u>BIOLOGIA HUMANA</u>			
Variável	Índice (IC 95%)	n*	p-valor**
<i>Hipertensão</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,743 (0,733- 0,753)	3071	
Não	0,824 (0,818- 0,831)	5506	
<i>Diabetes Mellitus</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,740 (0,724- 0,756)	1121	
Não	0,801 (0,795- 0,807)	7431	
<i>Doenças do coração</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,667 (0,643- 0,692)	624	
Não	0,805 (0,799- 0,810)	7864	
<i>Dislipidemia</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,729 (0,716- 0,741)	1901	
Não	0,813 (0,807- 0,819)	6594	
<i>AVC</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,583 (0,526- 0,641)	211	
Não	0,799 (0,793- 0,804)	8365	
<i>Doença Pulmonar Crônica</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,734 (0,715- 0,752)	871	
Não	0,799 (0,793- 0,805)	7706	
<i>Artrite, artrose ou reumatismo</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,660 (0,647- 0,673)	1629	
Não	0,826 (0,820- 0,832)	6894	
<i>Depressão</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,662 (0,649- 0,675)	1490	
Não	0,823 (0,817- 0,829)	7080	

*não ponderado; **computado após análise de regressão linear bivariada ajustada por região.

Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

AMBIENTE			
Variável	Índice (IC 95%)	n*	p-valor**
Região			p-valor< 0,001
Centro-Oeste	0,793 (0,782- 0,804)	1516	
Norte	0,846 (0,837- 0,855)	1544	
Nordeste	0,777 (0,765- 0,788)	1681	
Sul	0,757 (0,746- 0,767)	2019	
Sudeste	0,826 (0,816- 0,835)	1830	
Classe Econômica***			p-valor= 0,010
A/B	0,820 (0,808- 0,833)	1389	
C	0,798 (0,791- 0,805)	5046	
D/E	0,771 (0,759- 0,782)	2155	
Escolaridade			p-valor< 0,001
Analfabeto	0,720 (0,698- 0,742)	736	
Ensino Fundamental Incompleto	0,769 (0,759- 0,778)	3192	
Ensino Fundamental Completo	0,815 (0,804- 0,827)	1870	
Ensino Médio	0,839 (0,830- 0,847)	2499	
Ensino Superior	0,831 (0,808- 0,855)	293	

*não ponderado; **computado após análise de regressão linear bivariada ajustada por região; ***segundo ABEP, 2013.

Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componentes Biologia Humana, Ambiente, Comportamento e Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA			
Variável	Índice (IC 95%)	n*	p-valor**
<i>Uso de bebida alcoólica</i>			p-valor < 0,001
Não bebo nunca	0,786 (0,779- 0,793)	6456	
Menos de uma vez por mês	0,814 (0,799- 0,829)	1061	
Uma vez ou mais por mês	0,817 (0,803- 0,831)	1072	
<i>Prática de atividades físicas</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,800 (0,791- 0,810)	2313	
Não	0,791 (0,784- 0,797)	6277	
<i>Usuário fumante</i>			p-valor = 0,001
Sim	0,764 (0,749 – 0,779)	1084	
Não	0,798 (0,779– 0,816)	7506	
<i>Dieta para perder peso</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,756 (0,743- 0,769)	1669	
Não	0,802 (0,795- 0,808)	6909	
<i>Evita o consumo de sal</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,767 (0,760- 0,775)	5239	
Não	0,830 (0,822- 0,839)	3347	
<i>Dieta para reduzir o consumo de gordura</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,765 (0,757- 0,773)	4821	
Não	0,827 (0,819- 0,834)	3765	
<i>Dieta para reduzir o consumo de açúcar</i>			p-valor < 0,001
Sim	0,761 (0,753- 0,770)	4001	
Não	0,818 (0,811- 0,825)	4587	
<i>Saúde Autorelatada</i>			p-valor < 0,001
Muito boa/ Boa	0,871 (0,865- 0,877)	4961	
Nem ruim/ nem boa	0,718 (0,709- 0,726)	2957	
Ruim/ muito ruim	0,563 (0,539- 0,587)	664	

* não ponderado; **computado após análise de regressão linear bivariada ajustada por região.

Tabela 10. Índice do EQ-5D dos usuários da ABS (n=8.590) segundo variáveis dos componentes Biologia Humana, Meio Ambiente, Estilo de Vida e Organização dos Serviços de Saúde. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

<u>COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA</u>			
Variável	Índice (IC 95%)	n*	P valor **
<i>Uso de medicamentos</i>			p-valor<0,001
Sim	0,872 (0,863- 0,881)	6506	
Não	0,769 (0,762- 0,775)	2084	
<u>ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</u>			
<i>Utilizou serviço de emergência</i>			p-valor<0,001
Sim	0,716 (0,704- 0,729)	2098	
Não	0,816 (0,810- 0,822)	6288	
<i>Foi internado em hospital no último ano</i>			p-valor<0,001
Sim	0,701 (0,679- 0,723)	832	
Não	0,803 (0,797- 0,809)	7756	
<i>Possui plano de saúde ou convênio médico</i>			p-valor= 0,799
Sim	0,778 (0,758- 0,798)	738	
Não	0,785 (0,779- 0,792)	6431	

* não ponderado; **Computado após análise de regressão linear bivariada ajustada por região.

Na análise de regressão linear simples, após ajuste por região, todos os fatores analisados, exceto cor/raça e plano de saúde, foram associados estatisticamente com o índice do EQ-5D ($p<0,05$), estes dados não foram apresentados.

O Modelo 1 da análise da regressão linear multivariada, que não incluiu a variável número de condições crônicas, está apresentado na Tabela 11. O maior déficit na QVRS foi observado nos usuários que reportaram ter AVC, seguido de artrite, artrose ou reumatismo. Neste modelo, uma pior e significativa QVRS ($p<0,05$) foi observada entre os usuários do sexo feminino, residentes da região Sul do país, usuários que relataram ter AVC, artrite, artrose ou reumatismo, depressão e doenças do coração, aqueles que relataram uma pior autopercepção de saúde, 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.

Os resultados do Modelo 2 da análise multivariada, que não inclui as condições crônicas específicas, demonstraram que quanto maior o número de condições crônicas autorrelatadas (duas ou mais), maior foi o déficit na QVRS ($p < 0,05$). As variáveis, sexo feminino, pior autopercepção de saúde, fazer dieta para perder peso, para reduzir consumo de gordura e para evitar o consumo de sal permaneceram no modelo estatisticamente significante associadas a uma pior QVRS ($p < 0,05$). O Modelo 2 demonstrou que os usuários que residiam na região Sul e aqueles com faixa etária de 40 a 59 anos influenciaram negativamente a QVRS ($p < 0,05$), o que não foi observado no Modelo 1 (Tabela 11).

Foi observado em ambos os modelos uma associação significativamente positiva ($p < 0,05$) entre a QVRS e os usuários que residiam na região Norte e Sudeste, que relataram praticar atividades físicas e o aumento do nível educacional. Ressalta-se que em ambos os modelos as variáveis renda e escolaridade apresentaram uma colinearidade, sendo que a associação entre escolaridade e QVRS prevaleceu (Tabela 11).

Foi observado que as variáveis relacionadas aos serviços de saúde não permaneceram incluídas no modelo final das análises multivariáveis.

Na análise de regressão linear múltipla no Modelo 1 e 2, o índice do EQ-5D e as variáveis independentes explicam, respectivamente, 37,32% e 31,9% da variância do modelo. Os resíduos não apresentaram nenhum padrão considerável que deva atrapalhar a validade do modelo e apresentou homocedasticidade.

Tabela 11. Resultados do Modelo 1 (n=8.374) e Modelo 2 (n=8.465) de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D. PNAUM, Brasil- 2015.

Variável	Índice Médio *	Modelo 1**			Modelo 2***		
		Coeficiente	IC 95% (Coeficiente)	p-valor	Coeficiente	IC 95% (Coeficiente)	p-valor
BIOLOGIA HUMANA							
Sexo							
Masculino	0,812	--	--	--	--	--	--
Feminino	0,787	-0,012	(-0,024; -0,000)	0,044	-0,019	(-0,031; -0,006)	0,002
Faixa Etária							
18 a 39 anos	0,842	--	--	--	--	--	--
40 a 59 anos	0,764	--	--	--	-0,014	(-0,025; -0,003)	0,003
60 anos ou mais	0,751	--	--	--	-0,011	(-0,026; 0,004)	0,148
Doenças do Coração							
Não	0,805	--	--	--	--	--	--
Sim	0,667	-0,032	(-0,053; -0,012)	0,002	--	--	--
AVC							
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	--	--	--
Número de Condições Crônicas autorrelatadas							
0	0,877	--	--	--	--	--	--
1	0,829	--	--	--	-0,010	(-0,025; 0,004)	0,162
2	0,773	--	--	--	-0,032	(-0,052; -0,014)	0,001
3	0,766	--	--	--	-0,050	(-0,062; -0,039)	<0,001
4	0,645	--	--	--	-0,113	(-0,142; -0,084)	<0,001
5 ou mais	0,583	--	--	--	-0,128	(-0,165; -0,092)	<0,001

* Computada a partir das cinco dimensões do Eq-5D; ** Modelo 1 considera as condições crônicas específicas; n= 8.374; R²= 0,3732; ***Modelo 2 considera o número de condições crônicas autorrelatadas, n=8.465; R²= 0,3194.

Tabela 11. Resultados do Modelo 1 (n=8.374) e Modelo 2 (n=8.465) de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D. PNAUM, Brasil- 2015 (continuação)..

<i>Variável</i>	<i>Índice Médio *</i>	<i>Modelo 1**</i>			<i>Modelo 2***</i>		
		<i>Coefficiente</i>	<i>IC 95% (Coeficiente)</i>	<i>p-valor</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>IC 95% (Coeficiente)</i>	<i>p-valor</i>
MEIO AMBIENTE							
Região de Residência							
Centro-Oeste	0,793	--	--	--	--	--	--
Norte	0,846	0,049	(0,037; 0,062)	<0,001	0,048	(0,015; 0,048)	<0,001
Nordeste	0,777	0,005	(-0,009; 0,018)	0,508	0,006	(-0,022; 0,014)	0,347
Sul	0,757	-0,010	(-0,023; 0,035)	0,151	-0,024	(-0,061; -0,028)	<0,001
Sudeste	0,826	0,032	(0,019; 0,048)	0,000	0,027	(-0,007; 0,025)	<0,001
Escolaridade							
Analfabeto	0,720	--	--	--	--	--	--
Ensino Fundamental Incompleto	0,769	0,025	(0,005; 0,044)	0,013	0,028	(0,007; 0,048)	0,007
Ensino Fundamental Completo	0,815	0,028	(0,008; 0,048)	0,006	0,032	(0,010; 0,054)	0,003
Ensino Médio	0,839	0,034	(0,014; 0,054)	0,001	0,038	(0,017; 0,060)	<0,001
Ensino Superior	0,831	0,028	(-0,006; 0,056)	0,050	0,034	(0,004; 0,065)	0,023
COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA							
Doenças do Coração							
Não	0,805	--	--	--	--	--	--
Sim	0,667	-0,032	(-0,053; -0,012)	0,002	--	--	--
AVC							
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	--	--	--
Número de Condições Crônicas autorrelatadas							
0	0,877	--	--	--	--	--	--
1	0,829	--	--	--	-0,010	(-0,025; 0,004)	0,162
2	0,773	--	--	--	-0,032	(-0,052; -0,014)	0,001
3	0,766	--	--	--	-0,050	(-0,062; -0,039)	<0,001
4	0,645	--	--	--	-0,113	(-0,142; -0,084)	<0,001
5 ou mais	0,583	--	--	--	-0,128	(-0,165; -0,092)	<0,001

* Computada a partir das cinco dimensões do Eq-5D; ** Modelo 1 considera as condições crônicas específicas; n= 8.374; R²= 0,3732; ***Modelo 2 considera o número de condições crônicas autorrelatadas, n=8.465; R²= 0,3194.

Tabela 11. Resultados do Modelo 1 (n=8.374) e Modelo 2 (n=8.465) de regressão linear múltipla das variáveis independentes com o índice do EQ-5D. PNAUM, Brasil- 2015 (continuação).

Variável	Índice Médio *	Modelo 1**			Modelo 2***		
		Coefficiente	IC 95% (Coeficiente)	p-valor	Coefficiente	IC 95% (Coeficiente)	p-valor
Autopercepção de saúde							
Muito boa/boa	0,871	--	--	--	--	--	--
Nem ruim/nem boa	0,718	-0,118	(-0,129; -0,107)	<0,001	-0,133	(-0,143; -0,122)	<0,001
Ruim/ muito ruim	0,563	-0,239	(-0,262 -0,215)	<0,001	-0,269	(-0,293; -0,244)	<0,001
Prática de Atividades Físicas							
Não	0,791	--	--	--	--	--	--
Sim	0,800	0,019	(0,009; 0,030)	<0,001	0,011	(0,000; 0,022)	0,033
Dieta para perder peso							
Não	0,802	--	--	--	--	--	--
Sim	0,756	-0,014	(-0,025; -0,002)	0,025	-0,13	(-0,025; 0,000)	0,050
Dieta para reduzir o consumo de gorduras							
Não	0,827	--	--	--	--	--	--
Sim	0,765	-0,017	(-0,029; -0,005)	0,004	-0,023	(-0,035; -0,010)	<0,001
Dieta para evitar o consumo de sal							
Não	0,830	--	--	--	--	--	--
Sim	0,767	-0,018	(-0,029; -0,005)	0,003	-0,018	(-0,030; -0,006)	0,004
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; ** Modelo 1 considera as condições crônicas específicas; n= 8.374; R²= 0,3732; ***Modelo 2 considera o número de condições crônicas autorrelatadas, n=8.465; R²= 0,3194.

6 DISCUSSÃO

A QVRS é uma medida subjetiva e multidimensional. Com o presente estudo objetivou-se analisar a QVRS dos usuários da ABS do SUS por meio de um instrumento genérico e global, o EQ-5D. Mais da metade dos usuários da ABS no Brasil referiram ter dores ou mal-estar e cerca de 40% dos usuários reportaram estar ansiosos ou depressivos. Aproximadamente 10% dos usuários reportaram sentir dores ou mal-estar extremos e estar extremamente ansiosos ou deprimidos. Observou um escore médio de QVRS dos usuários no valor de 0,793, em um escala onde 1 representa o melhor estado de saúde. Foram associados negativamente com a QVRS dos usuários os fatores dos componentes Biologia Humana (ter 40 a 59 anos; ser do sexo feminino; AVC, artrite, artrose ou reumatismo, depressão; ter duas ou mais condições crônicas), do Ambiente (residir na região Sul) e do Comportamento e Estilo de Vida (pior autopercepção de saúde; usar bebida alcoólica uma vez ou mais por mês; estar fazendo dieta para perder peso; dieta para evitar o consumo de sal e dieta para reduzir o consumo de gordura). A QVRS dos usuários foi associada positivamente com fatores do componente Ambiente (residir na região Norte e Sudeste; aumento do nível educacional) e do componente Comportamento e Estilo de Vida (prática de atividade física). Não foi observada associação entre os fatores do componente Organização dos Serviços de Saúde e QVRS.

Dentre as cinco dimensões do EQ-5D, a prevalência de algum problema foi maior na dimensão Dor/Mal-estar (50,7%), seguido de Ansiedade/Depressão (38,9%). Por sua vez, a dimensão com menor prevalência de problemas reportados foi Cuidados Pessoais (5,9%). Esses achados assemelham-se aqueles encontrados por Andrade et al. (2013) em estudo realizado com 3.362 residentes de Minas Gerais, de 18-64 anos, no qual os participantes também relataram com maior frequência algum problema nas dimensões Dor/Mal-estar e Ansiedade/ Depressão e menor frequência, na dimensão Cuidados Pessoais. Entretanto, no presente estudo, a prevalência de problemas extremos em todas as dimensões foi superior ao estudo de Andrade et al. (2013). Nossos dados, também corroboram com uma síntese de análises, com EQ-5D, em populações de 18 países, que mostrou que problemas nas dimensões Dor/Mal-estar e Ansiedade/ Depressão foram os mais prevalentes nas populações estudadas (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014).

A prevalência de saúde perfeita (36%) entre os usuários, ou seja, nenhum problema relatado em nenhuma das dimensões do EQ-5D, foi menor do que no estudo realizado por Menezes et al..(2015), que verificou saúde perfeita em 44% dos 3.363 residentes de Minas Gerais. Os valores observados de saúde perfeita também foram menores que aqueles observados com a

população geral em estudos internacionais (PETROU & HOCKLEY, 2005; BHARMAL & THOMAS, 2006; CUNILLERA et al.2010) e um estudo realizado no âmbito da Atenção Primária na Inglaterra, Reino Unido, envolvendo 831.537 pacientes de 8.254 centros primários de saúde, onde 50% dos entrevistados declararam ter saúde perfeita (MUJITA-MOTA et al..2015). No entanto, Wang et al.(2008) ao analisar a QVRS de 914 usuários, de 20 centros primários de saúde da Alemanha, observou um menor percentual de usuários relatando saúde perfeita comparada à população em geral. Portanto, no presente estudo o efeito teto (alto percentual de indivíduos declarando saúde perfeita) foi menor que em outros estudos, mostrando no geral uma maior capacidade do EQ-5D em detectar problemas nesta população.

Em relação ao índice do EQ-5D, o valor do escore médio encontrado neste estudo foi inferior ao observado no de estudo de Menezes et al. (2015) com a população geral (0,793 vs. 0,847). Isto pode ser explicado pelo fato dos usuários terem sido entrevistados na fila de espera para serem atendidos por um médico da ABS, 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. (2015) que observou 50%. Estudos observaram maiores taxas de prevalência de condições crônicas (FORTIN et al.2010; WANG et al.2008; BRETTSCHEIDER et al. 2013) e um maior déficit na QVRS dos usuários da Atenção Primária em relação à população geral (WANG et al. 2008; CUNILLERA et al. 2010; MUJITA-MOTA et al. 2015).

Em consonância com outros estudos (CUNILLERA et al. 2010; BRETTSCHEIDER, 2013; MENEZES et al. 2015), o maior percentual de usuários com algum problema foi observado nas condições AVC, artrite, artrose ou reumatismo e depressão. Enquanto doenças pulmonares e hipertensão apresentaram os menores percentuais de usuários com algum problema de saúde relatados. Cunillera et al.(2010) observaram que hipertensos e diabéticos, reportaram menores percentuais de problemas relatados comparados aqueles que declararam ter artrite. Conforme ressaltado pelos autores, isto pode ser reflexo da limitada capacidade discriminatória do EQ-5D em detectar problemas moderados em certas condições crônicas.

Estudos mostraram a associação negativa significativa entre QVRS com AVC (HAACKE et al. 2006), depressão (MOUSAVI et al. 2014) e doenças coração (AGBORSANGAYA et al. 2013; MUJICA-MOTA et al. 2014). Os dados do presente estudo foram consistentes com

estudos nacionais (DE OLIVEIRA JUNIOR et al. 2015) e internacionais (AGBORSANGAYA et al. 2013) nos quais artrite, artrose ou reumatismo foram associadas estatisticamente com menores escores de QVRS. No presente estudo, foi possível identificar o número de condições crônicas relatadas, sendo que em torno de 50% dos usuários relataram ter pelo menos três condições das oito analisadas. Os usuários que declararam ter duas ou mais condições crônicas, observou-se decréscimos significativos na QVRS. Estes resultados foram consistentes com a literatura (AGBORSANGAYA et al. 2013; MUJICA-MOTA et al. 2014)

No presente estudo, foi observado déficit significativo na QVRS quando a auto avaliação da saúde era considerada pior. O que mostra uma boa capacidade do EQ-5D em detectar problemas de saúde nesta 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 (PETROU & HOCKLEY et al.2006), devendo, portanto, ser um fator a ser considerado na prática clínica e em pesquisas de saúde.

Szend, Janssen & Cabasés (2014) ao analisar dados do EQ-5D de populações de 18 países, observaram que idade e sexo, em menor proporção, desempenharam papéis importantes na explicação de dados do EQ-5D entre os indivíduos. No presente estudo, pior QVRS associou-se a mulheres em ambos os modelos e somente no modelo com menor poder explicativo (31,94%), a faixa etária de 40 a 59 anos foi associada a QVRS. A associação entre melhor QVRS e melhores condições socioeconômicas foi bem estabelecida na literatura (MIELK et al. 2014; MENEZES et al. 2015). Corroborando, neste estudo foi observado uma associação positiva entre QVRS e o aumento do nível educacional.

O perfil de desigualdades em saúde de acordo com as dimensões do EQ-5D, tem mostrado diferentes padrões entre os países, sendo que dor/ mal-estar e atividades habituais foram as mais altas contribuintes para estas desigualdades na maioria destes países (SZEND, JANSSEN & CABASÉS, 2014). Neste estudo, os usuários de diferentes regiões geográficas do Brasil apresentaram significativas diferenças tanto nas dimensões do sistema descritivo do EQ-5D, como na associação com o índice do EQ-5D. Os usuários da região Sul apresentaram o maior percentual de algum problema em todas as dimensões do EQ-5D, principalmente no que concerne a dimensão Ansiedade/ Depressão. Além disso, observou-se um decréscimo na QVRS dos usuários da região Sul comparado aos usuários da região Centro-Oeste, embora esta associação foi significativa em apenas um dos modelos. Destaca-se que os usuários da

região Norte e Sudeste apresentaram um aumento significativo na QVRS quando comparado aos usuários da região Centro-Oeste. No entanto, não foram encontrados estudos publicados com EQ-5D que permitisse comparar esses dados de QVRS nas regiões do país.

Dentre os principais estudos encontrados que analisaram a QVRS de usuários de serviços de saúde (WANG et al.2008; MUJITA-MOTA et al.2015, PADDISON et al.2015), a associação da QVRS com fatores do componente Comportamento e Estilo de Vida não foi analisada. Segundo a OMS (2011), 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 uma associação positiva significativa com a QVRS. Entretanto foi observada uma associação negativa entre a QVRS e realizar dieta para perder peso, evitar o consumo de sal ou para reduzir o consumo de gorduras, o que pode ser explicado pelo aconselhamento para a realização da dieta ter sido feito por um médico ou nutricionista e possivelmente estar relacionada a ter condições crônicas. Em outros estudos populacionais, a associação entre QVRS e fatores como o consumo de bebida alcoólica, fumo e atividade física, ainda não foi bem estabelecida (FUGIKAWA et al.2011; VOGL et al. 2012; KIM & KIM, 2015).

Em relação aos fatores do componente Organização Serviços de Saúde, destacou-se que essas não foram associadas estatisticamente à QVRS dos usuários desta população. Agborsangaya et al. (2013) 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 que avaliassem a associação direta destas variáveis com a QVRS.

Viver em boas condições de saúde o maior tempo possível para ter uma boa QVRS torna-se um objetivo para ser alcançado por meio de intervenções de promoção da saúde (KIVITS, ERPELDING & GUILLEMIN, 2013). Para tanto é necessário priorizar os principais problemas de saúde da população e construir soluções efetivas centradas na promoção da saúde, na regulação, na pesquisa, na eficiência da atenção à saúde e no estabelecimento de objetivos (LALONDE, 1981).

Os resultados deste estudo mostraram que a QVRS dos usuários da ABS foi influenciada por fatores dos componentes Biologia Humana, Ambiente e Comportamento e Estilo de Vida,

mas não por fatores relacionados ao componente Organização dos Serviços de Saúde. Corroborando com o conceito no campo de saúde, permitiu-se identificar que não somente os sistemas de saúde influencia a saúde dos indivíduos, mas principalmente, como observado neste estudo, foram os fatores do componente Comportamento e Estilo de Vida.

No entanto os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2012), sendo a ABS o contato mais próximo dos usuários para o cuidado em saúde, tem o poder de intervir nos fatores que influenciam a QVRS. O 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 ABS. Assim, programas e políticas públicas efetivas no SUS fazem-se necessárias para que seja oferecido uma melhor QVRS para esta população. Devendo 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 (MALTA, 2006; CNDSS, 2008). Além disso, são necessárias intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, como educação de qualidade (CNDSS, 2008). 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 de sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à QVRS (MALTA, 2006).

Este estudo foi realizado com uma amostra representativa de usuários da ABS do SUS. No entanto, a QVRS observada dos usuários da ABS do SUS pode não refletir, necessariamente, a QVRS da população em geral. Lee et al. (2002) enfatiza que a amostra pode sub-representar os usuários menos frequentes. Portanto, a extrapolação dos dados dos usuários da ABS do SUS para a população geral deve ser feito com cautela.

7 CONCLUSÃO

Baseando-se na população usuária da ABS do SUS, este estudo demonstrou que Dores, Mal-estar, Ansiedade e Depressão foram importantes problemas que afetaram esta população. Este estudo também mostrou que a QVRS dos usuários da ABS foi influenciada por fatores dos componentes da Biologia Humana, Ambiente e Comportamento e Estilo de Vida, mas não por fatores do componente Organização dos Serviços de Saúde. Desta forma, a mensuração da QVRS dos usuários da ABS do SUS no Brasil contribuiu não somente para melhor compreender a QVRS e os fatores que a ela associados, mas também a QVRS pode ser uma importante medida para nortear ações de promoção da saúde e cuidado integral à saúde do usuário do SUS. Ressalta-se neste estudo o papel crucial do usuário, bem como dos sistemas de saúde, na busca de melhores condições de vida e na determinação da QVRS. Por fim, enfatiza-se a necessidade de estudos futuros que abordem, em profundidade, os diferentes fatores que envolvem os componentes determinantes da QVRS.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGBORSANGAYA, C. B.; LAU, D.; LAHTINEN, M.; COOKE, T.; JOHNSON, J. A. Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. **Qual Life Res.** 22:791–799, 2013. DOI 10.1007/s11136-012-0214-7.

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia.** 2008; v. 52, n. 6, p. 931-939.

ALMEIDA, E. S. D.; CASTRO, C. G. J. D.; VIEIRA, C. A. L. Distritos sanitários: concepção e organização. **Saúde & Cidadania.** Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 1998.

ALVARES, J. et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2013; 18(7):1903-1910.

ANDRADE, M. V. et al. What matters most? Evidence-based findings of health dimensions affecting the societal preferences for EQ-5D health states. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 29 Sup: S59-S72. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00021113>.

ANNANDALE, Ellen. The sociology of health and medicine: a critical introduction. **Polity.** 1998.

ARANTES, R. C. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. ABS.** 2008; 11 (2), 189-198.

ARMSTRONG, D.; LILFORD, R.; OGDEN, J. WESSELY, S. Health-related quality of life and the transformation of symptoms. **Sociol Health Illn.** 2007; 29(4): 570–83.

AUGUSTOVSKI, F.A.; IRAZOLA, V.E.; VELAZQUEZ, A.P.; GIBBONS, L.; CRAIG, B.M. Argentine Valuation of the EQ-5D Health States. **Value in health,** 2009; 12(4), pp.587-596.

AZEVEDO, A. L.S.; SILVA, R.A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2013; 29(9):1774-1782.

BARCELLOS, C.C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS,** Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.129-138, 2002.

BHARMAL, M. THOMAS, J. Comparing the EQ-5D and the SF-6D descriptive systems to assess their ceiling effects in the US general population. **Value in Health,** 2006 9(4), 262–271.

BRASIL. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. **República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal; 1988. [Acesso em 30 novembro 2014]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939.

BRASIL. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012'. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). **Ministério da Saúde**. 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_0012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRAZIER, J. ROBERTS, J. & DEVERILL, M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. **Journal of Health Economics**.2002; 21(2), 271–292

BRETTSCHEIDER, C. 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), p.e66742.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva** v.5 n.1 Rio de Janeiro, 2000.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Agência Fiocruz de notícias** [Internet]. Fevereiro, 2010. Acesso em :26/10/2015. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais>.

BUSS, P. M.; FILHO PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007; 17(1):77-93.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F.R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Maio/ago, 2008 ; v.32, n.2, p.232-240.

CANGUILHEM, G. El estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**.1997; 4(2), 287-307.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; RADOMINSKI, R. B. Translation to Portuguese and validation of the Diabetes Quality of life measure (DQOL-Brazil). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. 2008; 52(3), 515-522.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, C. N. D. S. S. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008.

CUNILLERA, O.; TRESSERAS, R. et al.Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. **Qual Life Res**. 2010; 19:853–864. DOI 10.1007/s11136-010-9639-z.

DE OLIVEIRA JUNIOR, H. A.; DOS SANTOS, J. B.; ACURCIO, F. A.; ALMEIDA, A. M. 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. Early online*. 2015; 1–10. DOI: 10.1586/14737167.2015.1003367.

DINIZ, D. P.; SCHOR N. Qualidade de vida.**Guias de medicina ambulatorial**. 2006.

FAYERS, P. M. D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: **John Wiley**. 2000.

- FERREIRA, P. L.; FERREIRA, L. N.; PEREIRA, L. N. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. **Acta Med Port.** Nov-Dec,2013; 26(6):664-675.
- FERREIRA, P. SANTANA, P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, 2003; 21, 2, 15-30.
- FLECK, M. P.; LEAL, O. F.; XAVIER, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL- 100) . Rev **Bras Psiquiatr.** 1999; 21:21-8.
- FITZPATRICK, R.; FLETCHER, A.; GORE, S.; JONES, D.; SPIEGELHALTER, D.; COX, D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **British Medical Journal**, 1992. 305(6861), 1074–1077.
- FORTIN, N. J.; WRIGHT, S. P.; EICHENBAUM, H. Recollection-like memory retrieval in rats is dependent on the hippocampus. **Nature**, 2004; 431(7005), 188-191.
- FORTIN, M.; HUDON, C.; HAGGERTY, J.; VAN DEN, A.M.; ALMIRALL, J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. **BMC Health Serv Res.** 2010; 10: 6.
- FUJIKAWA, A.; SUZUE, T.; JITSUNARI, F.; HIRAO, T. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in Takamatsu, Japan. **Environmental health and preventive medicine.** 2011; 16(1), pp.25-35
- GLOUBERMAN, S.; MILLAR, J. Evolution of Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. **American Journal of Public Health.** Vol. 93 n.3. Março, 2003
- GUITERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: Forn M, Anguera MT, organizadores. Aportaciones recientes a la evaluación psicológica. **Barcelona: Universitas**; 1993. p. 175-95.
- GUSI, N.; OLIVARES, P. R.; R93AJENDRAM, R. The EQ-5D health-related quality of life questionnaire." Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. **Springer.** New York, 2010. 87-99.
- GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med.** 1993; 118:622-9.
- 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; 37:193-8.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2014.
- KIVITS, J.; ERPELDING, M. L.; GUILLEMIN, F. Social determinants of health-related quality of life. **Revue d'épidémiologie et de santé publique.** 2013; 61, S189-S194. DOI: 10.1016/j.respe.2013.06.001.
- LEITE, P. N. B. Qualidade de Vida e Promoção da Saúde. **Id on line Revista de Psicologia.** Julho, 2013; N.20.
- LUBETKIN, E.I.; JIA, H.; GOLD, M.R. Construct validity of the EQ-5D in low-income Chinese American primary care patients. **Quality of Life Research.** 2004; 13(8), pp.1459-1468.

- LUBETKIN, E.; JIA, H.; FRANKS, P. GOLD, M. R. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions, and health-related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. **Quality of Life Research**. 2005; 14: 2187–2196. DOI 10.1007/s11136-005-8028-5.
- KIM, K.; KIM, J.S. The Association between Alcohol Consumption Patterns and Health-Related Quality of Life in a Nationally Representative Sample of South Korean Adults. *PloS one*.2015; 10(3), p.e0119245.
- KIVITS, J.; ERPELDING, M. L.; GUILLEMIN, F. Social determinants of health-related quality of life. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**. 2013; 61, S189-S194. DOI: 10.1016/j.respe.2013.06.001.
- LALONDE, Marc. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: **Government of Canada**. 1974.
- LALONDE, Marc. A New perspective on the health of Canadians a working document. **Minister of supply and services**.1981.
- LEE, M. L.; YANO, E.M.; WANG, M.; SIMON, B.F.; RUBENSTEIN, L.V. What patient population does visit-based sampling in primary care settings represent?. **Med Care**. 2002, 40:761-770.
- MALTA, Deborah Carvalho et al . A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , 2006; v. 15, n. 3.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2012.
- MENEZES, R. M.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; KIND, P. O Eq-5d como medida de saúde para a população mineira. 2014a. Disponível em: <http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/o-eq-5d-como-medida-de-saude-para-a-populacao-mineira.pdf>
- MENEZES, Renata de Miranda.O EQ-5D como medida de saúde para a população brasileira [Mestrado em Economia da Saúde na Universidade Federal de Minas Gerais]. 2014b. 106 f.
- MENEZES, R. M.; ANDRADE, M. V.; DE SOUZA NORONHA, K. V. M.; KIND, P. EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population. **Quality of Life Research**. 2015; 1-16.
- MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**. 2000; 5(1), 7-18.
- MINAYO, M. C. D. S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial.**Ciênc. saúde coletiva**. 2013; 18(7), 1868-1868.
- MIELCK, A.; VOGELMANN, M.; REINER LEIDL, R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. **Health and Quality of Life Outcomes**. 2014, 12:58.
- MOTA, J. F.; NICOLATO, R. Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral: instrumentos de avaliação e seus resultados. **J Bras Psiquiatr**. 2008; 57(2), 148-56.
- MOUSAVI, S.; CHATTERJI, S.; VERDES, E.; TANDON, A.; PATEL VIKRAMUSTUN, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health.: results from the World Health Survey. **The Lancet**. 2007; 370, 851–858.
- MUTEBI, A.; BRAZIER, J. E.; WALTERS, S. J. A comparison of the discriminative and evaluative properties of the SF-36 and the SF-6D index. **Quality of Life Research**. 2011. v. 20, n. 9, p. 1477–1486.

- MUJICA-MOTA, R. E.; ROBERTS, M.; ABEL, G.; ELLIOT, M.; LYRATZOPOULOS, G.; ROLAND, M; CAMPBELL, J. Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. **Qual Life Res.** 24:909–918. 2015. DOI 10.1007/s11136-014-0820-7.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constitution of the World Health Organization. Geneva: **WHO Basic Documents**. 1948.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: **World Health Organization**; 2011 p. 176.
- OLIVEIRA, D. G. F. Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses (Dissertação de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa). 2009.
- PADDISON, C. A.; SAUNDERS, C. L.; ABEL, G. A.; PAYNE, R. A.; CAMPBELL, J. L.; 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.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.32, n.4, pp. 299-316. ISSN 1518-8787.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011 May 27;377(9779):1778-97.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) - **Faculdade de Medicina**, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**. 2011; 377(9779), 1778-1797.
- PEIXOTO, E. R. M. et al. Diálise planejada e a utilização regular da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1241-1250, jun, 2013.
- PEREIRA, José Gilberto. Demandas judiciais de medicamentos no estado do Paraná: aplicação de indicadores de avaliação e monitoramento e qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários (Tese de Doutorado). **Fundação Oswaldo Cruz**. 161f. 2013.
- PETROU, S.; HOCKLEY, C. An investigation into the empirical validity of the EQ-5D and SF-6D based on hypothetical preferences in a general population. **Health Economics**. 2005. 14(11), 1169–1189.
- PRIETO, L.; SACRISTÁN, J.A. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALY's). **Health Qual Life outcomes**. 2003; 1:80.
- POLONSKY, W. H. Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. **Diabetes Spectr**. 2000;13:36-9
- PODESTA, M. H. M. C.; SOUZA, W. A.; VILAS BOAS, O. M. G.C.; MARTINS, A. D.; BRAZ, C. L.; FERREIRA, E. B. Qualidade de vida dos usuários dos usuários da Atenção Primária à Saúde: perfil e fatores que interferem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, 2013; v. 11, n. 2, p. 316-326.

- RENNEN, M. V.; OPPE, M. EQ-5D-3L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument. **Rotterdam: EuroQol Group**. Abril, 2015. V.5.1.
- SAGE. [Internet] Sala de apoio à gestão estratégica. Unidade Básica de Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília-DF. [updated Fev 2015]. [Acesso em 23 março 2015]. Disponível em:(<http://189.28.128.178/sage/>).
- SANTOS M.; CINTRA, M. A. C. T.; MONTEIRO, A. L.; SANTOS B. et al. Brazilian valuation of EQ-5D-3L health states: Results from a saturation study. **Medical Decision Making**, 2015. DOI: 10.1177/0272989X15613521.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004; 20(2):580-588.
- SZEND, A.; JANSSEN, B.; CABASÉS, J. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. **Springer Open**. London. 2014; DOI 10.1007/978-94-007-7596-1.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 4, 2011.
- SOBRAL, A. ; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 35-47, Mar. 2010 . DOI: 10.1590/S0104-12902010000100004.
- TAVARES, J. P. A.; NUNES, L. N. V. Comportamento de Saúde e de Evitamento do risco em Operários Fabris. *Revista Referência*, 2007; 5, 23-35.
- TEIXEIRA, C. S.; SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**. 2012. no. 2, 241-50.
- TOLLEY, K. What are health utilities. **Hayward Medical Communications**. London.2009
- TORRANCE, G.W. Measurement of health state utilities for economic appraisal. **J Health Econ**. 1986; 5(1):1-30
- VOGEL, I.; MIKSCH, A. GOETZ,K.; OSE, D.; SZECSENYI, J.; FREUND, T. The impact of perceived social support and sense of coherence on health-related quality of life in multimorbid primary care patients. **Chronic Illness**. 2012; 8(4) 296–307.
- VOGL, M.; WENIG, C.M.; LEIDL, R.; POKHREL, S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. **BMC public health**. 2012;12(1), p.203.
- WANG, H. M. BEYER, M.; GENSICHEN, J.; GERLACH, F. M. Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: Cross sectional survey. **BMC Public Health**. 8:246, 2008. Doi: 10.1186/1471-2458-8-246.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. **World Health Organization**: Studies on social and economic determinants of population health. 2006.
- WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: **Springer**, 1994. P.41-60

ANEXOS

Anexo 1. Parecer da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

Anexo 2. Questionário para usuários dos serviços de saúde do SUS elaborado pela equipe PNAUM.



Data da Entrevista: ____ / ____ / 2014

Horário inicial ____:____

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a

INFORMAÇÕES GERAIS DA UNIDADE DE SAÚDE

A. Número do questionário

____[]____[]____[]____[]____[]____[]

1. CNES - Número do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde ____[]____[]____[]____[]____[]____[]

2. Nome da Unidade Básica de Saúde
_____ [] []

3. Estado: _____
[] []

4. Município: _____ [] []

5. Endereço: _____

6. CEP: ____[]____[]____[]____[]____[]-____[]____[]

7. Telefone: _____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

8. Sexo

1. Masculino 2. Feminino []

9. Data de nascimento: ____ / ____ / _____

10. Estado civil

- 1. Solteiro (a)
- 2. Casado (a)
- 3. União estável (amigado/ amasiado)
- 4. Divorciado(a)/ Separado judicialmente
- 5. Viúvo (a)
- 6. Outros

99: Não Sei [] []

11. Cor ou raça

- 1. Branca
- 2. Preta
- 3. Amarela (japonesa, chinesa, coreana)
- 4. Parda (morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça)

5. Indígena 99. Não Sei [] []

12. Escolaridade

- 1. Analfabeto (Vá p/ 13)
- 2. Ensino fundamental (1º grau) incompleto (Vá p/ 13)
- 3. Ensino fundamental (1º grau) completo (Vá p/ 13)
- 4. Ensino médio (2º grau) incompleto (Vá p/ 13)
- 5. Ensino médio (2º grau) completo (Vá p/ 13)
- 6. Superior incompleto (Vá p/ 13)
- 7. Superior completo
- 8. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA) (Vá p/ 13)
- 9. Mestrado ou doutorado (Vá p/ 13)

12A. Especificar qual curso superior completo:

_____ [] []

999. NA

13. O entrevistado assinou o termo de compromisso

1. Sim (Vá p/ 15) 2. Não []

14. Por que o entrevistado não quis participar?

(APÓS RESPONDER

ENCERRE) _____ []

____ [] []

DOENÇAS CRÔNICAS

Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças?

15. Hipertensão

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

16. Diabetes Mellitus

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

17. Doenças do coração

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

18. Dislipidemia (Colesterol alto e/ ou triglicerídeos)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

19. AVC (Acidente Vascular Cerebral)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

20. Doença pulmonar crônica (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

21. Artrite, artrose ou reumatismo

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

22. Depressão

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

Outra(s) doença(s) com **MAIS DE SEIS MESES** de duração

1. Sim 2. Não 99. Não Sei
[][]

USO DE REMÉDIOS

Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de Remédios por você.

23. Nos últimos 30 dias você usou algum Remédio?

1. Sim

Responder as perguntas de 25 a 283 preferencialmente de acordo com as informações obtidas na(s) prescrição (es) médica e na(s) caixa(s) do(s) Remédio(s) que o paciente estiver em uso. Perguntar diretamente ao paciente somente na ausência destas. Mesmo assim, caso não consiga acesso às informações marcar a opção (99) Não sei.

REMÉDIO 1

Qual o nome completo do Remédio, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante?
(copie estas informações preferencialmente da embalagem e receita médica)

24. Nome Comercial / Princípio Ativo:

_____ [][]
99. Não Sei 999. NA

25. Forma Farmacêutica:

1. Comprimido ou cABSula
 2. Xarope, suspensão ou solução oral (líquido)
 3. Injeção
 4. Aerosol ou spray
 5. Pomada ou creme
 6. Colírio ou gotas (tópico)
99. Não Sei 999. NA [][]

26. Remédio Genérico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

27. Há quanto tempo você usa esse Remédio?

1. Menos de um ano 99. Não Sei
2. Um ano ou mais 999. NA [][]

28. Onde este Remédio foi receitado ou recomendado?

1. Na consulta com o médico
 2. Na consulta com o dentista
 3. Na farmácia
 4. No rádio/TV/jornal
 5. Amigos ou parentes ou vizinhos
99. Não Sei 999. NA [][]

Onde conseguiu este Remédio pela última vez?

- 1. Na Farmácia do SUS
- 2. Na Farmácia Comercial
- 3. No programa Farmácia Popular
- 4. Na igreja ou sindicato
- 5. Em outro lugar

29. Você teve algum problema para conseguir este Remédio na última vez?

- 1. Sim. Não tinha na Farmácia do SUS (Vá p/ 32)
- 2. Sim. Não tinha dinheiro para comprar (Vá p/ 32)
- 3. Sim. Outro problema:
- 4. Não teve problema (Vá p/ 32)
- 99. Não Sei (Vá p/ 32) 999. NA(Vá p/ 32)

31A. Especifique outro (s) problema (s)

999. NA

30. Você deixou de tomar este Remédio, por algum motivo, nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

- 1. Sim
- 2. Não (Vá p/ 34)
- 99. Não Sei (Vá p/ 34) 999. NA

32A Se sim, especifique quantas vezes?

99. Não Sei 999. NA

31. Por qual motivo você deixou de tomar esse Remédio nos **ÚLTIMOS 7 DIAS**?

99. Não Sei 999. NA

32. Em sua opinião, como esse Remédio está funcionando para a sua doença?

- 1. Bem 99. Não Sei
- 2. Regular 999. NA
- 3. Não funciona bem

33. Em sua opinião, esse Remédio causa algum problema de saúde para você?

- 1. Sim
- 2. Não (Vá p/ 37)
- 99. Não Sei (Vá p/ 37) 999. NA

34. Qual (is) são os problema(s)? (**ANOTAR TODOS OS PROBLEMAS RELATADOS PELO ENTREVISTADO**)

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____
- E _____
- 999. NA

35. Há outro Remédio em uso durante os últimos 30 dias?

- 1. Sim
- 2. Não (Vá p/ 284)
- 99. Não Sei (Vá p/ 284) 999. NA

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

36. Nos últimos 12 meses, você precisou ser atendido (a) em **ALGUMA EMERGÊNCIA**?

- 1. Sim
- 2. Não (Vá p/ 288)
- 99. Não Sei (Vá p/ 288)

37. Quantas vezes?

- 1. Uma única vez
- 2. Duas vezes
- 3. Três vezes
- 4. Quatro ou mais vezes
- 99. Não sei
- 999. NA

38. Qual (is) foi(ram) o(s) motivos(s) deste(s) atendimento(s)?

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____
- E _____
- 999. NA

39. Nos últimos 12 meses, você precisou ser **INTERNADO (A) EM HOSPITAL**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 291) 99. Não Sei (Vá p/ 291)
[] []

40. Quantas vezes?

1. Uma única vez 2. Duas vezes
3. Três vezes 4. Quatro ou mais vezes
99. Não Sei 999. NA [] []

41. Qual(is) foi(ram) o(s) motivos(s) desta(s) internação(ões)?

_____[] []
_____[] []
_____[] []
_____[] []
_____[] []
999. NA

SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA

Agora vamos falar sobre o local onde você trata estas doenças e busca seus Remédios.

42. Você utiliza o SUS: (Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

43. Você procura atendimento **NESTA** Unidade de Saúde: (Ler as alternativas)

1. Sempre
2. Repetidamente
3. Às vezes
4. Raramente
5. Nunca
6. Primeira vez na Unidade de Saúde [] []

44. Você é cadastrado nesta Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

45. Como você chega até aqui? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Caminha
2. Ônibus/transporte coletivo
3. Carro, moto
4. Barco

Outro. _____

99. Não Sei [] []

46. Este lugar é longe da sua casa?

1. Sim 3. Não
2. Mais ou menos 99. Não Sei [] []

47. Chegar aqui é: (Ler as alternativas)

1. Muito fácil 4. Difícil
2. Fácil 5. Muito difícil
3. Nem fácil/nem difícil 99 Não Sei
[] []

48. O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é: (Ler as alternativas)

1. Muito Bom 4. Ruim
2. Bom 5. Muito ruim
3. Nem ruim/nem bom 99 Não Sei
[] []

49. Por que você veio até a Unidade de Saúde hoje? (Pode assinalar mais de uma opção)

1. Consulta médica agendada
2. Agendar uma consulta/exame
3. Participar de uma reunião de grupo
4. Retirar Remédios
Outros _____ [] []

50. Nos últimos 3 meses você PROCUROU por algum remédio em FARMÁCIAS PÚBLICAS DO SUS? (Ler as opções)

1. Apenas na farmácia Pública desta UBS
2. Apenas em outras farmácias Públicas do SUS
3. Em ambas
4. Não procurei por nenhum Remédio em Farmácias Públicas do SUS (Vá p/ 317)
5. Não utilizei nenhuma Farmácia Pública do SUS nos últimos 3 meses (Vá p/ 317)
99. Não Sei

51. Normalmente quanto tempo você espera para retirar os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

1. Não espera (Vá p/ 302)

- 2. Um pouco
- 3. Muito tempo
- 5. Primeira vez na UBS (Vá p/ 302)
- 99. Não Sei (Vá p/ 302)

52. Quanto tempo você espera para retirar remédios nas Farmácias Públicas do SUS? [] [] minutos

53. Nestes 3 últimos meses, com qual frequência você CONSEGUIU os Remédios que procurava nas Farmácias Públicas do SUS?

- 1. Sempre (Vá p/ 305)
- 2. Repetidamente
- 3. Às vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca [] []

54. Das vezes que você NÃO CONSEGUIU os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, qual(is) foi(ram) a(s) orientação(ões) que recebeu? **RESPOSTA MÚLTIPLA**

- 1 Avisaram que não tinha o Remédio
- 2 Avisaram que não tinha o Remédio; pediram que você aguardasse, mas o Remédio não chegou
- 3 Encaminharam você para outra UBS
- 4 Orientaram você a comprar o Remédio
- 5 Orientaram você a procurar a Farmácia Popular
- 6 Não recebeu orientação
- 7. Outros.=> **Faça a 303A**
- 99. Não Sei
- 999. NA

303A. Qual (is) foi(ram) a(s) outra(s) orientação(ões) que recebeu?

_____ [] []

_____ [] []

_____ [] []

_____ [] []

_____ [] []

55. Das vezes que NÃO CONSEGUIU o(s) Remédio(s) nas Farmácias Públicas do SUS EM QUAL LOCAL você adquiriu. **RESPOSTA MÚLTIPLA**

- 1. Em outra UBS
- 2. Farmácia do SUS
- 3. Em outro setor do SUS

- 4. Na Farmácia Popular
- 5. Pelo plano de saúde
- 6. Pelo convênio da empresa
- 7. Em instituição de caridade, ONG...
- 8. Com amigos, parentes, vizinhos
- 9. Comprou em drogaria comercial
- 10. Ficou sem o Remédio.
- 11. Não teve dinheiro para comprar
- 12. Achou que não precisava do Remédio
- 13. Outros .=> **Faça a 304**

304A. Quais outros locais?

A. _____ [] []

B. _____ [] []

C. _____ [] []

D. _____ [] []

E. _____ [] []

56. Para você os efeitos dos Remédios recebidos nas Farmácias Públicas do SUS em comparação com os efeitos dos Remédios COMPRADOS na Farmácia Comercial são:

- 1. Iguais
- 2. Melhores
- 3. Piores
- 4. NUNCA comprou Remédios em farmácias comerciais

99 . Não sei 999. NA [] []

57. Quando você retira Remédios nas Farmácias Públicas do SUS, os funcionários que entregam os Remédios repassam informações/orientações sobre como usá-los?

- 1 Sim 3 Não (Vá p/ 309)
- 2. Às vezes 99 Não sei (Vá p/ 309) [] []

58. Você entende as informações/orientações repassadas pelos funcionários que entregam os Remédios nas Farmácias Públicas do SUS?

(Ler as alternativas)

- 1. Sempre 99. Não Sei 999. NA
- 2. Repetidamente
- 3. Às vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca [] []

59. Quando retira remédios nas Farmácias Públicas do SUS, você recebe orientação sobre como guardar os Remédios em casa? **(Ler as alternativas)**

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei 999. NA [] []

60. O farmacêutico ou outro funcionário da Farmácia Pública do SUS está disponível quando você precisa tirar dúvidas sobre os Remédios? **(Ler as alternativas)**

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

61. Os funcionários da Farmácia Pública do SUS onde você retira os Remédios atendem com respeito e cortesia?

(Ler as alternativas)

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

62. Como você avalia a sinalização existente (por exemplo: placas, cartazes), para encontrar a Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Nem fácil/ Nem difícil
4. Difícil
5. Muito difícil
99. Não Sei 999. NA [] []

63. Como você avalia a limpeza da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios?

1. Muito boa 4. Ruim
2. Boa 5. Muito ruim
3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei
[] []

64. Para você o conforto da Farmácia Pública do SUS onde retira os Remédios, considerando cadeiras/bancos, bebedouro, proteção do local contra chuva e sol é?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim

3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei
[] []

65. Qual a sua opinião sobre o atendimento realizado pela da Farmácia Pública do SUS onde retira os seus Remédios?

1. Muito bom 4. Ruim
2. bom 5. Muito ruim

3. Nem ruim/ Nem bom 99. Não Sei
[] []

66. Você considera que seu atendimento na Farmácia do SUS que utiliza ocorre com privacidade?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

67. Com relação aos itens relacionados abaixo, quais em sua opinião, poderiam ser melhorados no atendimento da Farmácia Pública do SUS onde você retira Remédios?

(ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM)

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Sala de espera	[] []
B	Horário de funcionamento	[] []
C	Espaço físico	[] []
D	Disponibilidade dos Remédios	[] []
E	Qualidade do atendimento	[] []
F	Tempo de espera para o atendimento	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS DOS USUÁRIOS

68. Você participa de atividades de saúde como grupos, caminhadas, palestras ou outras atividades NESTA UNIDADE DE SAÚDE?

1. Sim
2. As vezes
3. Não
4. Primeira vez na UBS 99. Não Sei
[] []

69. Você conhece o programa **FARMÁCIA POPULAR**?

1.Sim 2.Não (Vá p/ 321) 99.Não Sei (Vá p/ 321)
[][]

70. Você usa o programa **FARMÁCIA POPULAR**?

1.Sim

2.Não (Vá p/ 321)

99.Não Sei (Vá p/ 321) 999. NA [][]

71. Qual o PRINCIPAL motivo que faz você usar o programa FARMÁCIA POPULAR? (**APENAS UMA OPÇÃO**). Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.

1. O preço do Remédio é acessível e/ou gratuito

2. A localização é boa

3. O atendimento é bom

4. Porque tem os Remédios que faltam no SUS

5. Porque é mais perto do que a farmácia do SUS

Outro _____

99.Não Sei 999. NA [][]

72. Vamos dizer alguns tipos de dificuldades comuns que as pessoas enfrentam ao lidar com Remédios. Gostaríamos que o (a) Sr(a) diga qual(is) dessa(s) o (a) Sr(a) enfrenta.

(**ASSINALAR UMA OPÇÃO PARA CADA ITEM**)

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Lembrar de tomar o Remédio	[][]
B	Utilizar muitos comprimidos ao dia	[][]
C	Conseguir os Remédios	[][]
D	Ler o que esta escrito na embalagem	[][]
E	Adequar a utilização do Remédio com o trabalho	[][]
F	Remédios diferentes com a mesma forma e coloração	[][]
G	Outro: _____	[][]
H	Outro: _____	[][]
I	Outro: _____	[][]
J	Outro: _____	[][]
K	Outro: _____	[][]

COMPORTAMENTOS NO USO DE REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre Remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que você considerasse todas as vezes em que fez o uso de Remédios, de uma maneira geral.

73. Você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 324)

74. Em quais casos você utiliza algum Remédio **SEM RECEITA**?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando tem o Remédio em casa	[][]
B	Quando conhece alguém que já tomou	[][]
C	Quando já tomou este Remédio antes	[][]
D	Quando leu a bula ou outra informação	[][]
E	Quando consegue o Remédio fácil	[][]
F	Quando recebe indicação na farmácia	[][]
G1A	Outro: _____	[][]
G1B	Outro: _____	[][]
G1C	Outro: _____	[][]
G1D	Outro: _____	[][]
G1E	Outro: _____	[][]

75. Você **DEIXA** de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 326)

76. Em quais casos deixa de utilizar algum Remédio receitado pelo médico?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei

A	Quando acha que o Remédio é muito forte ou muito fraco	[__ __]
B	Quando acha que o Remédio não é o certo ou não funciona	[__ __]
C	Quando acha que não precisa do Remédio	[__ __]
D	Quando acha que já está curado	[__ __]
E	Quando já usou o Remédio e passou mal	[__ __]
F	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula	[__ __]
G1A	Outro: _____	[__ __]
G1B	Outro: _____	[__ __]
G1C	Outro: _____	[__ __]
G1D	Outro: _____	[__ __]
G1E	Outro: _____	[__ __]

ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia

77. Com que frequência você costuma consumir bebida alcoólica?

1. Não bebo nunca (Vá p/ 333)

2. Menos de uma vez por mês (Vá p/ 333)

3. Uma vez ou mais por mês

99. Não Sei [__][__]

78. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? (Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.)

|_____| dias por semana
99. Não Sei 999. NA

79. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

|__| |_____| doses por dia
99. Não Sei 999. NA

Para homens

80. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião

1. Sim (Vá p/ 331) _____ 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) _____ 999. NA
[__][__]

Para mulheres

81. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Sim 99. Não Sei (Vá p/ 333)
2. Não (Vá p/ 333) _____ 999. NA [__][__]

Para todos

82. Em quantos dias do mês isto ocorreu?.

|_____| |_____| dias

99. Não Sei 999. NA

83. Você já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [__][__]

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

84. Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Não considere fisioterapia)

1. Sim 2.Não (Vá p/ 340) [__][__]

85. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? (0 se menos do que um dia)

|_____| dias

Se 0 (Vá p/ 340) 99. Não Sei 999. NA

86. Qual é o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? (Anotar apenas o primeiro citado)

1. Caminhada (não considerar caminhada para o trabalho)

2. Caminhada em esteira

3. Corrida

4. Corrida em esteira

5. Musculação

6. Ginástica aeróbica

7. Hidroginástica

8. Ginástica em geral

9. Natação

10. Artes marciais e luta

11. Bicicleta

12. Futebol

13. Basquetebol

14. Voleibol

15. Tênis

16. Dança

17. Outro. _____

999.NA [][]

87. Você caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?

1.Sim 2.Não (Vá p/ 340) 999. NA
[][]

88. Em uma semana normal, em quantos dias você caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?

| _____ | dias 999. NA

89. Quanto tempo você passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?

[][] horas [][] minutos
999. NA

90. Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

[][] horas [][] minutos
999. NA

91. FUMO

92. Você fuma **atualmente**?

1. Sim 2.Não (Vá p/ 343) [][]

93. Você fuma todos os dias?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 343) 999. NA [][]

94. Quantos cigarros você fuma por dia?

| _____ | cigarros por dia
99. Não Sei 999. NA

95. Você já fumou regularmente?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 346) 999. NA [][]

96. Que idade você tinha quando começou a fumar todos os dias? (Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)

| _____ | anos

99. Não Sei 999. NA

97. Que idade você tinha quando parou de fumar? (Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele)

| _____ | anos

99. Não Sei 999. NA

98. Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?

1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA [][]

DIETA

99. Você está fazendo alguma dieta para perder peso?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

100. Você evita o consumo de sal?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

101. Você faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

102. Você faz alguma dieta para reduzir o açúcar?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

103. Você faz uso de algum adoçante na sua dieta?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [][]

Se sim para alguma das 5 perguntas acima:

104. Qual o PRINCIPAL MOTIVO que levou você a fazer esta(s) dieta(s)? (Apenas uma opção)

1. Por aconselhamento médico ou de nutricionista
2. Por decisão própria (Vá p/ 354)
3. Outro.

99. Não Sei (Vá p/ 354) 999. NA [][]

105. Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação? (Resposta múltipla)

1. Hipertensão
2. Diabetes

3. Doença do coração
 4. Colesterol alto
 5. AVC (acidente vascular cerebral)
 6. Doença pulmonar crônica
 7. Artrite ou reumatismo
 8. Depressão
 9. Outro. _____
99. Não Sei 999.NA

PLANO DE SAÚDE

106. Você tem plano de saúde ou convênio médico?

1. Sim 2. Não (**Vá p/ 362**) 99. Não Sei (**Vá p/ 362**)

107. Qual o nome do convênio/plano de saúde?

108. Você é o titular deste plano?

- 1.Sim 2.Não 99.Não Sei 999. NA

O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):

- A. _____
 B. _____
 C. _____
 D. _____
 E. _____

109. Consulta médica?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA

110. Internação?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA

111. Exames?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre
99. Não Sei 999. NA

112. Remédios (fora da internação)?

1. Sim, tenho desconto no preço
 2. Sim, mas tem copagamento (o entrevistado paga apenas uma parte da consulta)
 3. Sim, cobre integral
 4. Sim, mas eu pago e o plano reembolsa
 5. Não cobre (**Vá p/ 362**)
99. Não Sei (**Vá p/ 362**) 999. NA

113. Para quais doenças são os Remédios que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?

INFORMAÇÃO SOBRE SEU DOMICÍLIO

Agora, preciso de algumas informações sobre seu domicílio.

114. Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em SEU DOMICÍLIO. Para cada item que você responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.

0. Zero 3. Três
 1. Um 4. Mais que quatro
 2. Dois

		Quantidade (s)
A	Televisão em cores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B	Rádio (não considerar rádio de automóvel)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D	Automóvel (de uso particular)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)	[]
F	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)	[]
G	Videocassete / DVD	[]
H	Geladeira	[]
I	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	[]
J	Microcomputador	[]
K	Microondas	[]
J	Motocicleta	[]
M	Secadora de roupa	[]

115. Quantas pessoas moram no seu domicílio?

|_|_| pessoas

116. Quantos cômodos existem no seu domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)

|_|_|

117. Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?

|_|_|

118. O domicílio onde você reside é:

- 1 Alugado 3. Emprestado
 2. Próprio 99. Não Sei [] []

119. Qual é a renda mensal total dos moradores do seu domicílio?

1. Abaixo de R\$ 150
2. Entre R\$ 150 e R\$ 300
3. Entre R\$ 300 e R\$ 650
4. Entre R\$ 650 e R\$ 1.000
5. Entre R\$ 1.000 e R\$ 1.450
6. Entre R\$ 1.450 e R\$ 1.900
7. Entre R\$ 1.900 e R\$ 3.000
8. Entre R\$ 3.000 e R\$ 4.600
9. Entre R\$ 4.600 e R\$ 6.000
10. Entre R\$ 6.000 e R\$ 8.000
11. Entre R\$ 8.000 e R\$ 10.500

12. Entre R\$ 10.500 e R\$ 13.000

13. Acima de R\$ 13.000 99. Não Sei
 [] []

120. Quantas pessoas dependem desta renda? (INCLUIR AS PESSOAS QUE TRABALHAM)

|_|_|

121. O domicílio possui água encanada?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

122. A rua é pavimentada (calçamento, asfaltada)?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

123. Você recebe auxílio do governo?

1A. Sim, bolsa família

1B. Sim, seguro desemprego

2. Não

Outro. _____

99. Não Sei [] []

Agora, gostaria de saber se..

124. No último ano, a sua família deixou de comprar algo importante para o dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 375) 99. Não Sei (Vá p/ 375)
 [] []

125. Que tipo de problema ocasionou este gasto?

1. Remédios
2. Consulta médica
3. Exame de laboratório ou imagem
4. Internação clínica
5. Cirurgia

Outro. _____

99. Não Sei 999. NA [] []

126. Como foi que a família lidou com esse gasto?

1. Deixou de comprar alimento
2. Deixou de pagar contas
3. Fez empréstimo de amigo ou familiar

4. Fez empréstimo de banco ou financeira
5. Vendeu algum bem
6. Outro. _____
99. Não Sei 999. NA [][]

ESTADO DE SAÚDE

127. Em geral, como você avalia sua saúde? (Ler as alternativas)

1. Muito boa
2. Boa
3. Nem ruim, nem boa
4. Ruim
5. Muito ruim
99. Não Sei [][]

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu estado de saúde. Indique qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

128. Mobilidade

1. Não tenho problemas em andar
2. Tenho alguns problemas em andar
3. Estou limitado/a a ficar na cama [][]

129. Cuidados Pessoais

4. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
5. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
6. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a

130. Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

131. Dor/Mal Estar

1. Não tenho dores ou mal-estar
2. Tenho dores ou mal-estar moderados

3. Tenho dores ou mal-estar extremos

132. Ansiedade/Depressão

4. Não estou ansioso/a ou deprimido/a
5. Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
6. Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a.

INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO

133. Nome _____

381A. Nome do Responsável (* No caso seja entrevistado não seja capaz de responder o questionário sozinho. Assinalar 999. NA nos casos de não se aplica)

382B. Telefone do entrevistado: _____

134. Endereço do entrevistado

382.A. Município onde reside: _____

382.B. Lougradouro (Rua/ Avenida/ Beco): _____ Horário Final [][]:[][]

APÊNDICE

Quadro 1A. Resumo dos principais estudos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com usuários da Atenção Primária.

Artigo	Objetivo	Metodologia	Métodos	Descritivo do EQ-5D	Índice do EQ-5D	Resultados
Wang et al.(2008)	O estudo comparou a QVRS de pacientes dos centros de saúde com diferentes doenças crônicas com a QVRS de pacientes sem condições crônicas, para avaliar a QVRS destes pacientes em comparação com a QVRS da população alemã em geral, e para explorar a influência de diferentes doenças crônicas sobre a QVRS dos pacientes.	Trata-se de um estudo transversal realizado entre Junho e Dezembro de 2002 em 20 centros primários de saúde na Alemanha.	Foram utilizados os instrumentos EQ-5D e o SF-36.	Dor / mal-estar foi a dimensão mais frequente (68,7%)	-----	914 entrevistados responderam ao EQ-5D. Um total de 707 (77,4%) de entrevistados relataram problemas em uma ou mais dimensões do EQ-5D. A presença de qualquer doença crônica tendeu a aumentar o risco de relatar qualquer problema em pelo menos uma dimensão. As proporções de pacientes dos centros primários relatando quaisquer problemas foram significativamente maiores ($P < 0,001$ para todos) do que a população em geral em todas as dimensões, exceto para a dimensão Cuidados Pessoais.

Quadro1A. Resumo dos principais estudos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com usuários da Atenção Primária (continuação).

Artigo	Objetivo	Metodologia	Métodos	Descritivo do EQ-5D	Índice do EQ-5D	Resultados
Brettschneider et al. (2013)	O impacto de 45 condições na QVRS foi analisado.	Estudo multicêntrico, prospectivo de coorte de 3.189 multimórbidos de 65 a 85 anos de 158 centros primários de saúde da Alemanha.	A QVRS foi analisada por meio do sistema descritivo do EQ-5D e pelo EQ-VAS. Multimorbidade foi definida como a ocorrência de mais de uma doença crônica.	A dimensão Dor/Mal-estar foi a mais relatada e Cuidados Pessoais a menos.	--	A probabilidade de problemas moderados ou graves na dimensão mobilidade aumentou com a presença de obesidade (OR 1,95), anemia (OR 1,79), artrose (OR 1,68), insuficiência cardíaca (OR 1,63), acidente vascular cerebral, crônica (OR 1,53) e depressão (OR 1,44).

Quadro 1A. Resumo dos principais estudos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com usuários da Atenção Primária (continuação).

Artigo	Objetivos	Metodologia	Métodos	Sistema Descritivo	Índice do EQ-5D	Resultados
Paddison et al.(2015)	Descrever e explicar as experiências dos cuidados primários de pessoas com múltiplas condições de longo prazo.	As análises eram baseadas em respostas de 906.578 pacientes com 18 anos ou mais de 8.254 centros de atenção primária à saúde da Inglaterra, Reino Unido. A pesquisa foi realizada entre 2011-2012.	A QVRS foi analisada com o EQ-5D. Os entrevistados também foram convidados a indicar, separadamente, se tivessem uma ou mais das 16 condições de longo prazo. A experiência do paciente foi aferida por meio de três domínios de cuidados (acesso, comunicação e continuidade).	Dor / mal-estar foi a dimensão mais frequente entre indivíduos sem doença crônica (17,6%) e em indivíduos com pelo menos uma doença crônica (59,8%).	-----	Pacientes com várias condições crônicas relataram com menos frequência uma experiência positiva na atenção primária, devido ao número de condições crônicas e por serem mais propensos a experimentar dor e apresentar pior QVRS.
Mujita-Mota et al. (2015)	Estimar as associações de condições médicas auto-relatadas com QVRS	As análises eram baseadas em respostas de 831,537 pacientes de 8.254 centros de atenção primária à saúde da Inglaterra, Reino Unido. A pesquisa foi realizada entre 2011-2012.	Utilizou os valores de preferência da população do Reino Unido. Multimorbidade foi definida como a ocorrência de duas ou mais doenças crônicas. Foi adotado que o valor de diferença de utilidade de 0,03, ou seja, 11 dias de ótima saúde por ano, como a diferença minimamente importante.	O estado de saúde variou substancialmente; 50% dos entrevistados relatou saúde perfeita, ou seja nenhum problema em nenhuma das dimensões do EQ-5D, enquanto 0,02% relataram problemas graves em todas as dimensões.	Médio: 0,82	Em comparação com os dados do Inquérito de Saúde da Inglaterra de 2008, a amostra de análise teve uma pontuação mais baixa no índice do EQ-5D (0,82 vs. 0,86; diferença 0,04). Pacientes multimórbidos com diabetes, artrite, doenças neurológicas ou mentais apresentaram significante menor QVRS do que o resto da amostra.

Tabela A1. Distribuição dos estados de saúde dos usuários da ABS (N=8.590) obtidos através do EQ-5D. PNAUM. Brasil- 2015.

Estado de Saúde	%	N	Estado de Saúde	%	N	Estado de Saúde	%	N
11111	36,00%	3092	11323	0,01%	1	13333	0,01%	1
11112	8,08%	694	11333	0,01%	1	21111	0,94%	81
11113	1,76%	151	12111	0,10%	9	21112	0,24%	18
11121	14,11%	1212	12112	0,07%	6	21113	0,12%	10
11122	11,21%	963	12121	0,12%	10	21121	1,89%	162
11123	2,90%	249	12122	0,10%	9	21122	1,77%	152
11131	1,76%	151	12131	0,03%	3	21123	0,42%	36
11132	1,44%	124	12132	0,02%	2	21131	0,52%	45
11133	1,18%	101	12133	0,02%	2	21132	0,29%	25
11211	0,24%	21	12211	0,05%	4	21133	0,27%	23
11212	0,13%	11	12212	0,02%	2	21211	0,23%	20
11213	0,06%	5	12221	0,16%	14	21212	0,13%	11
11221	1,00%	86	12222	0,19%	16	21213	0,02%	2
11222	1,18%	101	12223	0,03%	3	21221	1,49%	128
11223	0,34%	29	12231	0,06%	5	21222	1,49%	128
11231	0,27%	23	12232	0,09%	8	21223	0,44%	38
11232	0,33%	28	12233	0,03%	3	21231	0,55%	47
11233	0,35%	30	12321	0,01%	1	21232	0,52%	45
11313	0,01%	1	12323	0,01%	1	21233	0,57%	49
11321	0,02%	2	13312	0,01%	1	21311	0,01%	1
11322	0,03%	3	13323	0,01%	1	21321	0,03%	3

Fonte: Elaboração do autor, 2015.

Tabela A1. Distribuição dos estados de saúde dos usuários da ABS (N=8.590) obtidos através do EQ-5D. PNAUM. Brasil- 2015 (continuação).

Estado de Saúde	%	N	Estado de Saúde	%	N	Estado de Saúde	%	N
21323	0,02%	2	22232	0,56%	48	31333	0,01%	1
21331	0,01%	1	22233	0,24%	21	32211	0,01%	1
21332	0,02%	2	22322	0,01%	1	32221	0,01%	1
21333	0,05%	4	22331	0,05%	4	32232	0,05%	4
22111	0,08%	7	22332	0,02%	2	32233	0,01%	1
22112	0,02%	2	22333	0,06%	5	32311	0,01%	1
22121	0,12%	10	23233	0,01%	1	32321	0,01%	1
22122	0,12%	10	23322	0,02%	2	32332	0,01%	1
22123	0,06%	5	23323	0,01%	1	32333	0,02%	2
22132	0,01%	1	23333	0,01%	1	33311	0,01%	1
22133	0,01%	1	31111	0,02%	2	33321	0,02%	2
22211	0,08%	7	31212	0,01%	1	33322	0,02%	2
22212	0,05%	4	31222	0,02%	2	33323	0,03%	3
22213	0,02%	2	31231	0,02%	2	33331	0,02%	2
22221	0,63%	54	31232	0,02%	2	33332	0,05%	4
22222	1,08%	93	31311	0,02%	2	33333	0,08%	7
22223	0,19%	16	31321	0,01%	1			
22231	0,35%	30	31331	0,03%	3	Total	100,0%	8590

Fonte: Elaboração do autor, 2015.

