

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

KÁTIA RODRIGUES SILVA

PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE
VIDA DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM QUATRO UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Belo Horizonte

2015

KÁTIA RODRIGUES SILVA

PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E QUALIDADE DE
VIDA DE USUÁRIOS ATENDIDOS EM QUATRO UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

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

Área de concentração: Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Orientadora: Profa. Dra. Micheline Rosa Silveira

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Braga Ceccato

Belo Horizonte

2015

Dedico esse trabalho à minha família, meus pais Luiz Eustáquio e Ana Maria, meus irmãos Luiz Alexandre e Kelly e ao meu querido noivo, Samuel. Amor infinito por vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus por toda força, amor e por me abençoar sempre. Ele me permitiu conhecer pessoas muito especiais durante o mestrado e no desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus pais, pelo apoio, compreensão, orações e por torcerem e acreditarem em mim. Vocês iluminam meus caminhos. Amo vocês.

Aos meus irmãos amados Xande e Kelly que sempre foram meus fiéis companheiros, e estiveram ao meu lado, sendo presentes mesmo com muitos quilômetros nos separando.

Ao meu Amor Samuel, meu futuro esposo, que me inspira, enche meus dias de alegrias e que sempre me incentivou nos momentos felizes e nos difíceis, acalmado o meu coração.

Às pequenas Jenny e Katy, que tornam qualquer dia meu mais feliz com suas gracinhas e amor incondicional.

À Jana e Sarah, amigas do coração e de profissão, por trazerem doçura, sabedoria e muitos sorrisos em todos os momentos. Amor define.

À tia Eucáris, que sempre me acolheu com palavras carinhosas e é uma pessoa de muita luz e que amo muito.

Aos meus avós Euclides e Ana (I.M.) que sempre me incentivaram, com delicadeza e amor, a estudar e a perseguir os meus sonhos.

Aos amigos do PPGMAF, pelos momentos que dividimos, com seriedade e também sorrisos, especialmente à Adriana, Clara, Nayara e Sarah, pelo bom ânimo e amizade. Adoro vocês!

Aos queridos Kennedy, Ludmilla e Stephanie, sempre juntos comigo desde o começo dessa Jornada. Obrigada pelos momentos maravilhosos que compartilhamos, de aprendizado, de descontração e carinho.

Aos amigos de sempre, Alline, Camila, Glayson, Grazi, Gi, Gis, Michelle, Maíra, Nath, Nati, Pedro, Pri, Rafinha, Regi, Taty e Vilma, que sempre me apoiam e torcem por mim. Obrigada por tudo, amados.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Profa. Dra. Micheline pela serenidade, por tornar os momentos mais difíceis em momentos de leveza. Me tornei uma pesquisadora melhor, mas, principalmente, suas lições me ensinaram a ser uma pessoa melhor. Obrigada por todo o apoio, sábias palavras e pela oportunidade de participar desse projeto.

Profa. Dra. Maria das Graças pelos ensinamentos e apoio, por ter me acolhido e ser uma pessoa tão amável. Obrigada por ser sempre tão dedicada, sincera e paciente para me auxiliar. Você e Micheline são inspirações para mim.

À querida Celline pela amizade, contribuições e carinho. Com certeza, pessoas como você fazem a diferença nesse mundo. Você é uma pessoa bondosa e cheia de luz. Obrigada por tudo.

Às amáveis Laís, Luana e Tarsilla, por toda a colaboração e amizade.

Ao secretário do Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica Silas, pela presteza e empenho em me ajudar em todos os assuntos relativos ao Mestrado.

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) III, do qual esta pesquisa foi fruto e às fontes de financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), à Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES).

A todos os envolvidos no projeto, professores, alunos bolsistas, profissionais das UBS e Centros de Saúde e, principalmente, aos usuários que permitiram que essa pesquisa pudesse ser desenvolvida.

"Nada neste mundo faz sentido se não tocarmos o coração das pessoas. Se a gente cresce com os golpes duros da vida, também podemos crescer com os toques suaves da alma."

Cora Coralina

RESUMO

Estudos sobre a utilização de medicamentos são importantes para compreender os determinantes individuais relacionados ao seu uso. Avaliar a qualidade de vida (QV) dos indivíduos que utilizam medicamentos é necessário para compreender a influência dessa utilização na QV. Essas informações subsidiam ações que poderão direcionar políticas de promoção da saúde e o uso adequado de medicamentos. O objetivo desse estudo foi avaliar o perfil de utilização de medicamentos e a QV em usuários de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Belo Horizonte. Este é um estudo de delineamento do tipo transversal realizado entre 2013 e 2014, por meio de entrevistas mediante a aplicação de questionário semiestruturado aos usuários cadastrados em uma das quatro UBS, e com idade igual ou superior a 18 anos. As variáveis de medida de resultado foram o número de medicamentos utilizados nos 15 dias anteriores à entrevista e a QV, que foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-*bref*. Participaram do estudo 930 indivíduos, sendo a maioria mulheres (79,9%) com média de 45 anos de idade e baixa escolaridade (64,7%). Os participantes utilizaram, em média, 2,2 medicamentos e a prevalência de uso foi de 78%. O aumento do número de doenças crônicas e consultar o médico mais de cinco vezes, anualmente, associaram-se com a maior utilização de medicamentos. O aumento da idade e o pior estado de saúde autorreferido relacionou-se com o maior uso de medicamentos tanto na população total quanto nas mulheres. Falhas nas orientações sobre a condição de saúde e o tratamento tanto na população total quanto nas mulheres se relacionaram com a diminuição do uso de medicamentos. Nos homens, não ter emprego e ter sido internado estiveram associados com o aumento do uso de medicamentos. Os medicamentos mais utilizados foram os do sistema cardiovascular (37,9%) e do sistema nervoso (29,6%). Os indivíduos que usaram medicamentos, independente da presença ou não de doenças crônicas, tiveram pior autopercepção de QV, principalmente na QV geral e no domínio físico. O aumento no número de medicamentos utilizados, independentemente da classe farmacológica, relacionou-se com menores escores de QV. Para o uso adequado dos medicamentos, sugere-se que grupos que utilizem mais medicamentos, como idosos e pessoas com doenças crônicas, recebam maiores cuidados nas UBS. O uso de medicamentos mostrou uma influência negativa na autopercepção do

indivíduo sobre sua QV, tanto na quantidade quanto no tipo de medicamento utilizado. A diminuição da QV em pacientes em uso de medicamentos tem aspectos multidimensionais, envolvendo os seus eventos adversos, a percepção de estar doente e a diminuição da autonomia. Fortalecer e aprimorar os serviços prestados podem promover o uso racional de medicamentos e melhorar a QV dos indivíduos.

Palavras-chave: Utilização de medicamentos, Qualidade de Vida, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Studies regarding the use of medicines are important to understand the individual determinants related to its use. The evaluation of the quality of life (QoL) of individuals who use medicines is necessary to understand the influence of this use in QoL. This information may subsidize actions to target health promotion policies and the proper use of medicines. The aim of this study was to evaluate the drug utilization profile and the QoL of individuals attending four public Health Centers (HC) in Belo Horizonte. A cross-sectional study was conducted between 2013 and 2014 with interviews, using a semi-structured questionnaire, to adult individuals registered in one of the four HC. The outcomes were the number of drugs used in the 15 days preceding the interview and the QoL, which was assessed using the WHOQOL-*bref* instrument. The study included 930 individuals, mostly women (79.9%), with an average age of 45 years and poor education (64.7%). The participants used an average of 2.2 drugs and the prevalence of use was 78%. Having more than two chronic diseases and more than five medical appointments annually were associated with increased use of medicines. Higher age and poorer self-reported health status were related to greater use of medicines in both general and women population. Receiving poor orientation on the health condition and treatment was related to decreased use of medicines in both general and women population. In men population, not having a job and being admitted in a hospital were associated with increased use of medicines. The most used drugs were those for the cardiovascular system (37.9%) and nervous system (29.6%). Individuals who used medicines, regardless of the presence or absence of chronic diseases, presented worse self-perception of QoL, particularly in overall QoL and in the physical domain. The increase in the number of drugs used, regardless of the pharmacological class, was related to lower QoL scores. For the proper use of medicines, it is suggested that groups that use more medications, such as the elderly and people with chronic diseases, receive greater care in HC. The use of medicines, both the quantity and type of class used, showed a negative influence on the individuals' perceptions of their QoL. The decrease in QoL's perception in patients using drugs has multidimensional aspects involving their adverse events, the perception of being sick

and the loss of autonomy. Strengthen and improve the services provided may promote the rational use of medicines and improve the QoL of individuals.

Keywords: Drug utilization, Quality of Life, Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Modelo hierarquizado do processo de determinação das características associadas ao número de medicamentos.....49
- Gráfico 1 – Gráfico de barras dos problemas de saúde relatados pela população de estudo. Belo Horizonte-MG, 2014.....54
- Figura 2 – Escores médios de cada domínio do WHOQOL-*bref* e da QV geral da população que não utilizou medicamentos e estratificada por classe farmacológica da população que usou medicamentos. Belo Horizonte-MG, 2014.....66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas.....	32
Tabela 2 – Características da população (n=930). Belo Horizonte-MG, 2014.....	52
Tabela 3 – Principais medicamentos utilizados pela população incluída no estudo, segundo grupo anatômico e subgrupo farmacológico. Belo Horizonte-MG, 2014. (n=1.543).....	56
Tabela 4 – Associação univariada entre as variáveis de exposição e o número médio de medicamentos pela população total e estratificado pelo gênero. Belo Horizonte-MG, 2014.....	58
Tabela 5 – Modelo multivariado final dos fatores associados com o número de medicamentos na população incluída no estudo (N=930). Belo Horizonte-MG, 2014.....	62
Tabela 6 – Distribuição dos escores médios da QV geral e de cada domínio do WHOQOL- <i>bref</i> , por UBS. Belo Horizonte-MG, 2014.....	63
Tabela 7 – Distribuição dos escores médios da QV geral e de cada domínio do WHOQOL- <i>bref</i> da população total, estratificada pelo uso de medicamentos e ajustada pela presença ou não de doenças crônicas. Belo Horizonte-MG, 2014.....	64
Tabela 8 – Influência do aumento do número de medicamentos nos escores da QV geral e de cada domínio do WHOQOL- <i>bref</i> entre indivíduos que utilizaram medicamentos. Belo Horizonte-MG, 2014.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATC – *Anatomical Therapeutical Chemical*

COEP-UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDD - *Defined Daily Dose*

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUM – Estudos de Utilização de Medicamentos

FDA – *Food and Drug Administration*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PET-Saúde III – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PSF – Programa Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

QV geral – Qualidade de Vida em geral

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SPT 2000 - Saúde para Todos no Ano 2000

SPSS – *Windows Statistical Package for the Social Sciences*

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL Group – *World Health Organization Quality of Life Group*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)	18
2.2 Utilização de Medicamentos.....	22
2.3 Qualidade de Vida (QV)	27
2.4 Utilização de medicamentos e qualidade de vida.....	30
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo Geral	41
3.2 Objetivos Específicos	41
4. MÉTODOS	42
4.1 Delineamento e Local de Estudo.....	42
4.2 População e Critério de Inclusão.....	42
4.2.1 Critérios éticos	43
4.3 Plano Amostral	44
4.4 Instrumentos.....	44
4.5 Coleta de Dados.....	45
4.6 Variáveis	45
4.6.1 Variáveis respostas	45
4.6.2 Variáveis de exposição.....	46
4.7 Análise de Dados	48
4.7.1 Utilização de medicamentos	48
4.7.2 Qualidade de Vida (QV).....	49
5. RESULTADOS	51
5.1 Características da população e utilização de medicamentos.....	51
5.2 Influência do uso de medicamentos na qualidade de vida	63
6. DISCUSSÃO	67
6.1 Características da população e utilização de medicamentos.....	67
6.2 Influência do uso de medicamentos na qualidade de vida	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	91
ANEXO B – Cadastro Inicial	93
ANEXO C – Formulário A	96
ANEXO D – Parecer COEP-UFMG	106
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP	109

ANEXO F - Comprovante de submissão do artigo científico ao periódico
Revista de Saúde Pública..... 110

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de transição epidemiológica tem sido definido como tripla carga de doenças, envolvendo, simultaneamente, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição, desafio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco como tabagismo, sobrepeso, obesidade, falta de atividade física, estresse e alimentação inadequada, além do aumento da morbidade por causas externas (MENDES, 2010). Dentre essas condições de saúde, as principais são o câncer, as doenças circulatórias, as respiratórias crônicas e o diabetes, sendo que a presença dessas doenças afeta a qualidade de vida (QV) do indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2013; BRASIL, 2011b).

Os medicamentos são importantes na terapêutica dos agravos à saúde, tanto na efetividade do tratamento das doenças e alívio dos sintomas, como na prevenção e promoção da saúde, contribuindo para o cuidado em saúde. Fatores como a idade, o maior número de doenças crônicas e o gênero podem influenciar no uso de medicamentos, sendo que o número de morbidades presentes nas faixas etárias mais avançadas e ser do gênero feminino podem levar a uma maior utilização de medicamentos (ARRAIS *et al.*, 2005; PEREIRA *et al.*, 2012).

Estudos demonstram diferenças entre os gêneros na utilização de medicamentos, e vários fatores, como psicológicos, ambientais, socioeconômicos, de estilo de vida e do estado de saúde influenciam os homens e as mulheres de maneira diferente no uso de medicamentos (NEUTEL; WALOP, 2005). Ressalta-se, ainda que, a prática de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), o tipo de medicamento utilizado e a presença de doenças podem influenciar negativamente na autopercepção do indivíduo sobre a sua QV (AZEVEDO *et al.*, 2013; FAL *et al.*, 2011; KRSKA *et al.*, 2013; LINJAKUMPU *et al.*, 2002; TAVARES *et al.*, 2013; TREVISOL *et al.*, 2011).

A utilização de medicamentos tem como objetivo melhorar a QV dos pacientes, bem como alcançar resultados clínicos satisfatórios, sendo importante, principalmente, nas condições crônicas (GOULART, 2011). Avaliar a QV é importante para analisar

o impacto físico e psicossocial que as enfermidades podem ocasionar nas pessoas acometidas, permitindo melhor conhecimento acerca do paciente, da sua adaptação à condição de estar doente e do seu tratamento farmacológico (AZEVEDO *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2013; PODESTÁ *et al.*, 2013). Estudo realizado em indivíduos acometidos por doenças crônicas demonstrou que conhecer a QV desses indivíduos significa auxiliá-los no enfrentamento dessas doenças, identificando suas necessidades (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Para avaliar a QV, um instrumento curto e de rápida aplicação foi desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL Group*): o WHOQOL-bref. Esse instrumento pode ser aplicado tanto em populações com algum tipo de doença quanto em populações saudáveis. A QV é um construto multidimensional que envolve a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

A medida de QV tem sido proposta como uma ferramenta para mensurar a saúde da população e estimular ações de promoção de saúde (CAMPOS; NETO, 2008). Ações de promoção da saúde com foco tanto na comunidade quanto nas famílias e nos indivíduos podem reduzir o impacto clínico, social e econômico da doença, melhorando a QV dos indivíduos. Observa-se que as pessoas que aderiram às atividades de promoção da saúde relataram significativamente menos adoecimento e menores despesas em saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2013). A atenção à saúde que proporciona informação oportuna, suporte e monitoramento constante pode melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, o que reduzirá o impacto das condições crônicas e proporcionará melhor QV aos pacientes (OMS, 2003).

Estudos sobre o perfil de utilização de medicamentos e QV têm papel importante para a promoção da saúde. O entendimento das características associadas ao uso, bem como a influência da utilização de medicamentos na QV podem conduzir a adequação de ações para auxiliar no controle de agravos à saúde. Dessa forma,

essa pesquisa se justifica pela necessidade de avaliar o perfil de utilização de medicamentos e a qualidade vida, identificando as características associadas ao uso de medicamentos e a influencia desse uso na qualidade de vida.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou muito nos últimos anos, e as evidências da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) têm se fortalecido nesse processo (BRASIL, 2011a).

A APS surgiu em 1920 por meio do relatório Dawson (*Lord Dawson of Penn*, 1920) na Grã-Bretanha, que determinou a organização do sistema de serviços de saúde nos seguintes níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino (OPAS, 1964).

Essa proposta constituiu uma perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade dos serviços de saúde, e as suas concepções influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que passou a direcionar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (LAVRAS, 2011). Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, em sua trigésima reunião anual, decidiu que a principal meta social dos governos participantes deveria ser a “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000), que propôs um nível de saúde que permitiria uma vida social e economicamente produtiva para todos os países (STARFIELD, 2002).

A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 em Alma – Ata, estabeleceu em seu documento oficial a promoção da saúde para todos os países por meio da APS, como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde (WHO, 1978). A Declaração de Alma – Ata traz a definição da APS como a atenção à saúde que se baseia em tecnologias e técnicas que tenham comprovação científica e sejam socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a todos os indivíduos da comunidade, por meios plausíveis para eles e a um custo que possa ser arcado tanto pela comunidade quanto pelo país, em todas as etapas do desenvolvimento. O documento traz, ainda, que a APS integra o sistema de saúde, sendo o enfoque principal do

desenvolvimento social e econômico global da comunidade, e que ela é o primeiro nível de contato de todos os indivíduos com o sistema nacional de saúde, constituindo um primeiro elemento do processo de atenção continuada à saúde.

Em decorrência dos progressos alcançados após a Declaração de Alma-Ata, com suas conclusões e recomendações, e do SPT 2000, foi elaborada a Carta de Ottawa, em 1986, que se tornou referência na reflexão sobre os múltiplos determinantes em saúde e promoção da saúde (Carta De Ottawa, 1986).

No Brasil, desde 1920, observam-se as experiências de tentar organizar a APS com o advento dos Centros de Saúde Escola, até a atualidade. Diferentes modelos foram configurados em regiões distintas do país. Os centros de saúde propostos, inicialmente, em São Paulo, apresentavam ação integral enfocando a educação sanitária e a promoção da saúde (LAVRAS, 2011).

O processo de Reforma Sanitária no Brasil influenciou as primeiras experiências de medicina comunitária na década de 1970 com o apoio das universidades, e foram o marco inicial do envolvimento dos municípios no desenvolvimento da APS. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que surgiu em agosto de 1976, e vinculado ao Ministério da Saúde (MS), foi uma iniciativa de investimentos que objetivou a expansão da rede de APS em municípios do interior. Durante o processo de redemocratização do país no início da década de 1980, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, em seguida, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi base para a criação do SUS, por meio da nova Constituição Federal de 1988. Nesse período, muitas iniciativas relativas à APS foram observadas pelos municípios e estados sem que se delineasse um modelo nacional. No início de 1990, iniciou-se a estruturação da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde, por meio de normatizações e financiamento com base no princípio da municipalização do SUS (FALEIROS *et al.*, 2006 LAVRAS, 2011; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A reestruturação do modelo assistencial no país, por meio do movimento da reforma sanitária, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi fundamental para a criação da nova Constituição, que tornou a saúde um direito de cidadania e originou o processo de formação do SUS. O sistema de saúde foi organizado em princípios e diretrizes que definiram a APS como diretriz norteadora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2011a; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O conceito da APS, na literatura, tem concepções seletivas ou abrangentes e observa-se também a oscilação entre o uso dessa expressão e o termo “Atenção Básica” (AB), que é frequente nos documentos oficiais brasileiros. As origens históricas e diferenças conceituais dessas expressões foram analisadas por vários estudos, e observando-se que utilizá-las como sinônimos, na maioria das vezes, não implica em um problema conceitual (GIL, 2006; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; SUMAR, 2014).

A APS constitui principal porta de entrada do sistema de saúde e se responsabiliza pelas demandas de saúde dos usuários, realizando ações de atenção à saúde com caráter individual e coletivo, organizando todo processo de trabalho de equipes multiprofissionais, garantindo acesso à qualquer outra unidade funcional do sistema e, assim, ordenando o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), foi lançado em 1994, e propôs o alcance mais longo para o desenvolvimento da APS no Brasil. A rápida expansão do programa e ampliação do acesso aos serviços básicos fornecidos por ele, principalmente às populações mais carentes, resultou no reconhecimento de sua importância (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2002).

No Brasil, os princípios gerais e fundamentos da APS e as especificidades da ESF, consolidados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), refletem uma concepção de atenção primária que incorpora os atributos definidos por Starfield (2002): primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde), longitudinalidade

(vínculo e responsabilização), integralidade (capacidade em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde) e coordenação (organização das respostas ao conjunto de necessidades) (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011a; LAVRAS, 2011).

A PNAB, publicada em 2006, revisada em 2011 e regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a AB como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”. A PNAB considera, ainda, que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes, e associa a ambos os princípios e as diretrizes definidos nessa política (BRASIL, 2012).

A AB constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS (BRASIL, 2005). Tem o objetivo de oferecer a universalidade do acesso a serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para os diferentes níveis de complexidade, como a assistência especializada e hospitalar, assim como realizar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial no SUS e têm como objetivo o atendimento de até 80% dos problemas de saúde da população, sem que seja necessário o encaminhamento para outros níveis de complexidade. Até o mês de janeiro de 2015, o Brasil tinha mais de 40 mil UBS. Nessas unidades, os usuários do SUS podem realizar consultas médicas, procedimentos curativos, tratamento odontológico, vacinar e coletar materiais para exames laboratoriais, receber medicamentos e ser encaminhado para especialidades médicas, conforme a necessidade do paciente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

O Sistema de Saúde de Belo Horizonte está conformado em nove Distritos Sanitários, que correspondem às regiões administrativas da cidade, onde se distribuem os serviços de saúde: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A Rede de Saúde de Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. A Rede Básica de Saúde tem 147 centros de saúde, também denominados UBS em alguns distritos, que compõe o sistema base das ESF, nomeadas como BH Vida no município, programa que teve início em 2002, e tem 523 equipes atualmente. As UBS oferecem suporte às ESF e são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência (BELO HORIZONTE, 2015).

As UBS são importantes fontes de dados em saúde para o aprimoramento dos serviços prestados à comunidade. Diversos estudos têm sido realizados nessas unidades, com o intuito de obter essas informações de saúde e características do local e população de estudo para subsidiar as políticas públicas em saúde e, assim, promover saúde (AVEVEDO *et al.*, 2013; BALDONI *et al.*, 2013; FLEITH *et al.*, 2008; PEREIRA; OLIVEIRA; ZAGO, 2010; SOUSA *et al.*, 2011; RAMALHO *et al.*, 2014).

Dentro desse contexto, para assegurar o uso racional dos medicamentos, o gestor municipal deve realizar o acompanhamento e a avaliação de utilização de medicamentos pelos usuários de sua comunidade. Também é fundamental que o gestor se mantenha informado e atualizado sobre a área, bem como promova a difusão de informação sobre o uso de medicamentos. Dessa forma, mantém-se um processo de educação permanente voltado tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes e toda a comunidade. (BRASIL, 2005).

2.2 Utilização de Medicamentos

Os medicamentos têm importante papel na área da saúde, pois são ferramentas terapêuticas na prática dos prescritores, responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população (ARRAIS, 2005). Eles

atuam na recuperação ou manutenção das condições de saúde dos indivíduos e devem ser utilizados de forma racional (VIEIRA, 2007).

A utilização de medicamentos de maneira inadequada e excessiva pode resultar em danos aos pacientes, aumentando a morbidade e a mortalidade, além do desperdício de recursos (WHO, 2002). O consumo não racional de medicamentos pode ser influenciado por vários fatores, como a grande oferta de medicamentos, tanto em quantidade como em variedade, e o marketing da indústria farmacêutica (CASTRO, 2000).

No Brasil, observa-se que o uso incorreto de medicamentos é comumente resultante de: polifarmácia, uso indiscriminado, prescrição não baseada em diretrizes pré-estabelecidas, automedicação e grande número de medicamentos disponibilizados comercialmente. Tanto o uso insuficiente para o tratamento da condição de saúde quanto o uso abusivo, podem lesar a população e desperdiçar os recursos públicos (WANNMACHER, 2012).

De acordo com a definição do uso racional de medicamentos proposta pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), cuja operacionalização teve início no primeiro semestre de 1999 (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000), os requisitos para promoção desse uso envolvem a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998).

Os requisitos para a promoção do uso racional de medicamentos são complexos, e envolvem variáveis dentro de um encadeamento lógico. A participação de diversos atores sociais, como os pacientes, os profissionais de saúde, os legisladores, os formuladores de políticas públicas, a indústria, o comércio e o governo é importante para que esses requisitos sejam cumpridos (CASTRO, 2000).

Os estudos sobre a utilização de medicamentos (EUM) são importantes para determinar o padrão de consumo de medicamentos em um determinado contexto de saúde, e as características relacionadas a esse uso. Isso possibilita o planejamento de orientações para o uso adequado de medicamentos, gerando melhorias das condições de saúde da população, e pode embasar a formulação de estratégias para diminuir a utilização nos grupos mais susceptíveis ao uso excessivo, como os idosos (ARAÚJO; MAGALHÃES; CHAIMOWICZ, 2010; BERTOLDI *et al.*, 2004; SANTOS, NITRINI, 2004). Com o envelhecimento populacional, a demanda por medicamentos para o tratamento das condições crônicas, que aliviem a dor e melhorem a QV, é contínuo e crescente (OMS, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1977 que os EUM são aqueles "que compreendem a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial em suas consequências médicas, sociais e econômicas". Os dados quantitativos da cadeia de consumo do medicamento, que inclui os processos de aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, a adesão do paciente e da avaliação do resultado do tratamento, podem ser usados para descrever a situação atual e as tendências da prescrição de medicamento, e o seu uso em diversos níveis do sistema de saúde. Os dados qualitativos avaliam a utilização de medicamentos, como o padrão de utilização de medicamentos por meio da análise das indicações de prescrição, e da qualidade dos medicamentos ofertados em uma localidade (WHO, 2003).

Nos EUM utilizam-se, frequentemente, a classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (*Anatomical Therapeutic Chemical – ATC*) e a Dose Diária Definida (*Defined Daily Dose – DDD*), que é uma unidade de consumo de medicamentos que permite a comparação das estatísticas de consumo entre os países. A DDD é definida como a dose média de manutenção diária de um medicamento para a principal indicação em adultos, sendo uma unidade técnica de medida do consumo de medicamentos sem corresponder, necessariamente, à dose diária recomendada ou prescrita do medicamento. O sistema ATC/DDD é um padrão internacional e recomendado pela OMS, desde 1982, como metodologia padrão para os EUM (WHO, 2003; WHO, 2009).

Na classificação ATC, os medicamentos são divididos em 14 grupos principais, de acordo com o órgão ou o sistema de sua ação, suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Os medicamentos são classificados em cinco níveis diferentes, sendo o primeiro nível, que é o mais geral, do grupo anatômico, o segundo do subgrupo terapêutico, o terceiro do subgrupo farmacológico, o quarto do subgrupo químico e o quinto nível, mais específico, que corresponde ao princípio ativo do medicamento (WHO, 2009).

Muitos estudos realizados no Brasil, tanto de base populacional quanto em grupos específicos, utilizam o sistema ATC para descrever o perfil de utilização dos medicamentos, estabelecendo as classes de medicamentos usadas pela população de estudo, refletindo a situação de consumo desses medicamentos pelos indivíduos e possíveis tendências de uso (COSTA *et al.*, 2011; GALVÃO *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2008).

No Brasil, não há informações sobre o consumo de medicamentos a partir de um banco de dados de abrangência nacional. Portanto, essas informações precisam ser obtidas por meio de outras fontes, como os estudos transversais de utilização de medicamentos que fornecem informações sobre os medicamentos consumidos, quem os consome, como e para qual finalidade. (ROZENFELD; VALENTE, 2004). A realização de estudos epidemiológicos observacionais, analíticos ou experimentais, viabiliza uma proposta de intervenção que objetiva a resolução ou encaminhamento dos problemas enfrentados no âmbito da assistência à saúde (CASTRO, 2000).

As abordagens quantitativas e qualitativas dos EUM são importantes para compreender o perfil do consumo de medicamentos, pois, tanto uma quanto a outra, são fontes de orientações para a prática profissional, auxiliando no enfrentamento dos problemas mais comuns e preocupantes quanto à utilização racional de medicamentos (CARVALHO; MAGARINOS-TORRES; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008).

A utilização dos medicamentos é influenciada por vários determinantes, como características sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e,

também, pelas características das políticas públicas relacionadas ao setor farmacêutico e à sua atuação comercial (BERTOLDI *et al.*, 2004; MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006; PEREIRA *et al.*, 2012). Portanto, o perfil de utilização de medicamentos é determinado por contextos de características diferentes, como em uma população ou local específicos, e isso é importante para o direcionamento das estratégias em saúde (LOYOLA FILHO *et al.*, 2005; FLEITH *et al.*, 2008; COSTA *et al.*, 2011).

Estudos demonstram diferenças entre os gêneros na utilização de medicamentos, e diversos fatores, como psicológicos, ambientais, socioeconômicos, de estilo de vida e do estado de saúde influenciam os homens e as mulheres de maneira diferente no uso de medicamentos (NEUTEL; WALOP, 2005). Vários estudos demonstram que as mulheres estão mais susceptíveis ao uso de medicamentos, pois têm maior preocupação com a saúde e procuram com maior frequência os serviços de saúde (REDONDO-SENDINO *et al.*, 2006; COSTA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2011)

A quantidade de medicamentos utilizada é influenciada pelo número de doenças presentes e pela condição de saúde do indivíduo. Os idosos, por exemplo, convivem frequentemente com doenças crônicas (OMS, 2005), e isso pode conduzi-los a uma maior utilização dos serviços de saúde e ao aumento do consumo de medicamentos (LOYOLA FILHO *et al.*, 2005; PEREIRA; OLIVEIRA; ZAGO, 2010).

Além do uso inadequado de medicamentos, vários estudos demonstram a alta prevalência de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) em idosos (ARAÚJO; MAGALHÃES; CHAIMOWICZ, 2010; LINJAKUMPU *et al.*, 2002; CHEHUEN NETO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2013). Apesar da utilização de medicamentos ser essencial às necessidades terapêuticas dessa população, a polifarmácia aumenta o risco de reações adversas e interações medicamentosas e é necessária uma orientação mais cuidadosa e criteriosa para esses indivíduos (CHEHUEN NETO *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2013).

A utilização de medicamentos pode ser estudada em vários níveis de atenção à saúde, dependendo da finalidade do estudo, da localidade e das informações disponíveis. Identificar o padrão de consumo dos medicamentos auxilia na definição do perfil de utilização dos mesmos, de seus determinantes e na compreensão das condições de saúde existentes (TRUTER, 2008).

2.3 Qualidade de Vida (QV)

A Qualidade de Vida (QV) está associada à promoção da saúde (Carta de Ottawa, 1986), que tem como objetivo promovê-la e reduzir os riscos à saúde. A promoção da saúde, é, portanto, uma importante dimensão da QV. Para verificar a saúde da população e estimular ações de promoção de saúde, a medida da QV tem sido sugerida como uma ferramenta adequada (CAMPOS; NETO, 2008).

Existem indícios que apontam para o surgimento da expressão QV nas décadas de 1920 e 1930, e observa-se nos estudos sobre o tema um marco da disseminação da expressão após a II Guerra Mundial, que pode ser justificado pela melhoria do padrão de vida resultante do crescimento e desenvolvimento econômico (CARR; THOMPSON; KIRWAN, 1996; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; MEEBERG, 1993; SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo QV é comumente utilizado pelos diversos grupos da sociedade, abrangendo muitos significados que resultam dos conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que refletem determinada época e espaço vividos ou uma área de aplicação (FAYERS; MACHIN, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Não existe um consenso sobre a definição de QV, mas os pesquisadores assemelham-se nas suas percepções de que é um conceito amplo, polissêmico e dinâmico (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Duas tendências quanto à definição desse termo na área da saúde são identificadas: QV como um conceito mais genérico e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). O primeiro conceito, mais amplo, não faz referência aos agravos à saúde e

é muito utilizado. O segundo termo tem sido usado com propósitos semelhantes à definição mais genérica, porém parece relacionar-se com perspectivas diretamente associadas às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004). Os dois termos têm sido vistos como sinônimos nesta área de pesquisa, levantando possíveis controvérsias quanto às suas definições (SAJID; BAIG, 2008).

De acordo com o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL Group*), a QV pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*THE WHOQOL GROUP*, 1998a). Essa definição da QV apresenta-se como um conceito mais genérico e é referenciada por vários estudos (AZEVEDO *et al.*, 2013; CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES, 2009; KESHAVARZI *et al.*, 2013; SEIDL; ZANNON, 2004).

Devido ao progressivo interesse pela QV, vários estudos foram desenvolvidos para mensurá-la, utilizando diferentes instrumentos, que podem ser divididos em genéricos e específicos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; LANDEIRO *et al.*, 2011).

Os instrumentos genéricos são multidimensionais e objetivam avaliar, de forma geral, o impacto de uma doença, possibilitando a análise de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Os instrumentos específicos têm o objetivo de avaliar a percepção geral da QV, e também são multidimensionais, com ênfase nos sintomas, incapacidades ou limitações impostas pelo agravo à saúde (AGUIAR *et al.*, 2008).

Diante da ausência de um instrumento que avaliasse a QV, e com uma perspectiva internacional, a OMS desenvolveu, em 1998, um projeto colaborativo multicêntrico, com 15 centros. O resultado desse projeto foi a elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100), um instrumento para avaliar a QV, composto por 100 itens com 6 domínios e 24 facetas (*THE WHOQOL GROUP*,

1998a; FLECK *et al.*, 1999a). O instrumento foi traduzido para o português do Brasil e validado nesse país em 1999, mostrando um bom desempenho psicométrico quando foi estudado a partir de uma amostra de pacientes e indivíduos-controles na cidade de Porto Alegre, região Sul do Brasil (FLECK *et al.*, 1999a; FLECK *et al.*, 1999b).

A partir do WHOQOL-100, a OMS desenvolveu a versão abreviada, o WHOQOL-*bref*, em 1998, devido à necessidade de instrumentos de rápida aplicação para avaliar a QV. O WHOQOL-*bref* é um questionário genérico, traduzido e validado para o português, que além de apresentar características psicométricas satisfatórias, tem aplicabilidade clínica adequada, pois demanda pouco tempo de aplicação, pode ser aplicado na população em geral, não é específico para determinada condição de saúde e pode ser respondido, independentemente, do nível de escolaridade (FLECK *et al.*, 2000; FLECK, 2008; *THE WHOQOL GROUP*, 1998b).

Diversos instrumentos, desenvolvidos pela OMS ou não, entre genéricos e específicos, têm sido utilizados para avaliar a QV dos indivíduos, e observa-se o uso frequente do WHOQOL-*bref* na literatura. Esse instrumento valoriza a percepção individual, podendo avaliar a QV em diversos grupos e situações (KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009). Tem sido utilizado em vários países e, em diferentes grupos de pessoas, o que demonstra as suas diferentes possibilidades de uso em uma perspectiva internacional e transcultural (LANDEIRO *et al.*, 2011; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Observa-se que vários estudos realizados no Brasil, e em outros países, têm avaliado a QV dos indivíduos em populações específicas, como nos idosos (BRAGA *et al.*, 2011; DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014; GANESH; MAJUMDAR; PAVITHRA, 2014) ou naquelas com doenças distintas (AZEVEDO *et al.*, 2013; MIRANZI *et al.*, 2008). Em estudo realizado no município de Juiz de Fora, o WHOQOL-*bref* permitiu uma avaliação positiva entre QV e a importância das relações sociais na vida dos idosos (BRAGA *et al.*, 2011).

A mensuração da QV auxilia na compreensão da saúde da população e, assim, pode incentivar ações de promoção de saúde. Na APS encontram-se indivíduos com diferentes perfis de saúde, refletindo demandas da população em geral. Estudos que fazem esse tipo de avaliação na população geral são escassos, portanto ressalta-se a importância de avaliar a QV nesses indivíduos.

2.4 Utilização de medicamentos e qualidade de vida

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das DCNT exigem, além das mudanças nos hábitos e estilo de vida, o uso contínuo de medicamentos (CHEHUEN NETO *et al.*, 2012; MIRANZI *et al.*, 2008). A utilização de medicamentos tem como objetivo melhorar a QV dos pacientes, bem como alcançar resultados clínicos satisfatórios (GOULART, 2011). Entretanto, a prática de polifarmácia, o tipo de medicamento utilizado e a presença de doenças podem influenciar negativamente na autopercepção do indivíduo sobre a sua QV (AZEVEDO *et al.*, 2013; FAL *et al.*, 2011; KRŠKA *et al.*, 2013; LINJAKUMPU *et al.*, 2002; TAVARES *et al.*, 2013; TREVISOL *et al.*, 2011).

As doenças crônicas são mais propensas a limitar as atividades diárias, devido aos sintomas físicos, como a dor e o desconforto, o que pode diminuir a capacidade funcional do indivíduo e refletir negativamente na sua QV (DOGAR *et al.*, 2012; HA *et al.*, 2014; HAROON *et al.*, 2007; NICOLSON; ANDERSON, 2000; YABROFF *et al.*, 2007).

É importante ressaltar que depender de medicamentos ou tratamentos pode ser visto tanto como um elemento que pode piorar a QV, pela redução da autonomia (OLIVEIRA *et al.*, 2013, VAGETTI, *et al.* 2013), como de melhoria pelo efeito positivo que alguns medicamentos e/ou tratamentos propiciam (FLECK *et al.*, 2003).

O uso de medicamentos concomitante de mais de um tipo de medicamento, bem como as reações adversas, que geram desconforto, podem influenciar a QV. Em estudo realizado com idosos, o uso de dois ou mais medicamentos contínuos associou-se com autopercepção regular e ruim da QV (SILVA *et al.*, 2012b). Indivíduos mais doentes e que utilizam uma maior quantidade de medicamentos

podem ter uma percepção pior sobre sua função física, impactando na sua QV (DAL PIZZOL *et al.*, 2012). As reações adversas podem influenciar na evolução do tratamento e também limitar a autonomia, influenciando negativamente a QV do indivíduo (ROQUE; FORONES, 2006).

Estudos que avaliam a temática da influência da utilização de medicamentos na QV na população em geral são escassos. São mais frequentes estudos que avaliam a QV em populações com faixas etárias específicas, com DCNT ou naquelas em uso de classes específicas de medicamentos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas.

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Análise da influência da farmacoterapia sobre a qualidade de vida em idosos com osteoartrite	SALVATO <i>et al.</i> , 2015	<i>Revista Brasileira de Reumatologia</i>	Projeto Estudo sobre envelhecimento e Longevidade de (EELO), Londrina, Paraná	Subamostragem da amostragem aleatória e estratificada do EELO	Idosos com osteoartrite	SF-36	Tratamento com condroitina/glicosamina contribuiu para o declínio do componente físico da QV (versus anti-inflamatórios ou não tratado)
The sociodemographic , clinical and pharmacotherapy characteristics influencing quality of life in patients with epilepsy: a cross sectional study	RANJANA <i>et al.</i> , 2014	<i>Journal of Neurosciences in Rural Practice</i>	Hospital St John Bangalore, Karnataka, India	Amostra foi não-probabilística de conveniência	451 pacientes com epilepsia	QOLIE-10 (para epilepsia)	Pacientes em monoterapia tiveram melhor QV. Enquanto que os pacientes com renda mensal inferior, tendo epilepsia focal e que receberam medicamentos antiepilépticas convencionais tiveram influência negativa sobre a QV
Living with CHD: quality of life (QOL) in early adult life	AREIAS <i>et al</i> , 2014	<i>Cardiology in the Young</i>	Hospital terciário de Portugal	Por Conveniência; após consulta médica	137 pacientes: adolescentes e jovens adultos com doença coronariana	SADS- L; WHOQOL-bref; Ajuste psicossocial (YSR / ASR)	Pacientes em uso de medicamentos apresentaram pior percepção de QV no domínio físico

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community	HA <i>et al.</i> , 2014	<i>BMC Public Health</i>	Comunidade rural do Vietnã	Amostragem aleatória em uma estação de saúde	275 hipertensos	WHOQOL-bref	Observou-se associação positiva com a QV: homens, casados, ter ensino superior, ter feito atividades físicas em nível moderado e adesão ao tratamento. Além de associação negativa com a QV: idade avançada e a presença de comorbidade
Quality of life among overweight women with Chronic non-communicable diseases	HORTA <i>et al.</i> , 2013	<i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>	Belo Horizonte	---	Estudo quantitativo com 50 usuárias adultas e idosas de uma academia da cidade	WHOQOL-bref	Os idosos que utilizavam inibidores da ECA e não utilizavam bloqueador AT1 apresentaram menor escore no funcionamento dos sentidos. Os que utilizavam bloqueador do canal de cálcio apresentaram maior escore na autonomia

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Issues potentially affecting quality of life arising from long-term medicines use: a qualitative study	KRSKA <i>et al.</i> , 2013	<i>International Journal of Clinical Pharmacy</i>	Inglaterra	---	Estudo qualitativo: 21 entrevistas em casas de pessoas que utilizavam 4 ou mais medicamentos prescritos	Questionário (Estudo qualitativo)	Observou-se impacto positivo: benefícios dos medicamentos e facilidade de manter a rotina; Além de impacto negativo: efeitos adversos, compromisso com a gestão de medicamentos e a falta de controle.
Qualidade de vida dos usuários da atenção primária à Saúde: perfil e fatores que interferem	PODESTA <i>et al.</i> , 2013	<i>Revista da Universidade Vale do Rio Verde</i>	Quatro centros de APS do SUS do município de Alfenas-MG	Amostragem aleatória por conglomerado	100 usuários da APS	SF-36	Os fatores que interferiram na QV foram o gênero, a polifarmácia e a faixa etária.
Linking quality of healthcare and health related quality of life of patients with type 2 diabetes: an evaluative study in Mexican family practice	DOUBOVA; MINO-LÉON; PÉREZ-CUEVAS, 2013	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Clínicas de medicina da família do Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) - Cidade do México	Por conveniência; pacientes com seis ou mais visitas (primeiros quatro da manhã e noite)	312 pacientes com diabetes tipo 2	SF-12	Foi observada associação positiva entre o tratamento farmacológico e a pontuação de QVRS e o componente físico

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2013	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	Rio Grande do Sul	Amostragem por conveniência	339 idosos	WHOQOL-100; BDI	Idosos que se declararam saudáveis e que não dependiam de medicamentos; melhor QV percebida
Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro	TAVARES <i>et al.</i> , 2013	<i>Revista Latino – Americana de Enfermagem</i>	Estudo de base populacional	---	460 idosos com HAS de área rural de Uberaba, MG	WHOQOL-bref e WHOQOL-OLD	Os idosos que utilizavam inibidores da ECA e não utilizavam bloqueador AT1 apresentaram menor escore no funcionamento dos sentidos. Os que utilizavam bloqueador do canal de cálcio apresentaram maior escore na autonomia
Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension	TREVISOL <i>et al.</i> , 2012	<i>Journal of Human Hypertension</i>	Parte do estudo SOFT (Síndrome da obesidade e fatores de risco para doença	Participantes selecionados por amostragem de base populacional em	1858 indivíduos	SF-12	Indivíduos com hipertensão apresentaram pior QV, principalmente quando a pressão

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
under drug treatment: results of population-based study			cardiovascular) em Porto Alegre	múltiplos estágios, com base em subdivisões geográficas da cidade, que foram definidos pelo IBGE			arterial era controlada pelos medicamentos. Esta percepção poderia levar a menores taxas de adesão ao tratamento
Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional	DAL PIZZOL <i>et al.</i> , 2012	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	Carlos Barbosa – RS	Amostragem aleatória	811 idosos	WHOQOL-bref	Prevalência de uso de medicamentos foi maior: mulheres, com mais idade, raça branca, morando sem companheiro, maior escolaridade, renda superior a 260 Reais, maior número de doenças e pior QV; o domínio físico permaneceu como variável independente associada ao uso de medicamentos e à polifarmácia
Qualidade de vida de portadores de Artrite	AOYAMA; MARQUES, 2012	<i>Revista de Enfermagem da Universidade de</i>	O Grupo de Pacientes Artríticos de São	Amostra foi não-probabilística de conveniência	27 sujeitos de 150 associados do	WHOQOL-bref	A prática de atividade física e o não uso de

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Reumatóide		<i>Santo Amaro</i>	Paulo		GRUPASP		medicamentos proporcionaram melhor QV entre os participantes do estudo
Quality of Life Experienced by Adolescents and Young Adults With Congenital Heart Disease	TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2011	Pediatric Cardiology	Hospital terciário de Portugal	Por conveniência; após consulta médica	74 Adolescentes e idosos com doença cardíaca congênita	SADS-L; WHOQOL- <i>bref</i>	Pacientes sem medicamentos tiveram melhor QV no domínio social; cirurgia, necessidade de medicamentos, gravidade das lesões residuais, existência de limitações físicas impactaram negativamente na QV
An observational study of once-daily modified - release methylphenidate in ADHD: quality of life, satisfaction with treatment and adherence	ROTHENBERGE R <i>et al.</i> , 2011	<i>European Child & Adolescent Psychiatry</i>	---	Ensaio observacional pós comercialização <i>Equasym XL</i>	822 pacientes de 6 a 17 anos com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)	Questionário KINDL para avaliar a QV; SAMS para avaliar satisfação com tratamento; escala de adesão ao tratamento	<i>Equasym XL</i> melhorou a QV comparado com a terapia anterior e resultou em boa satisfação e adesão em pacientes virgens de tratamento e com tratamento prévio

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Type 2 diabetes quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic medication	FAL <i>et al.</i> , 2011	<i>Acta Diabetologica</i>	Departamento de doenças internas e Alergologia do Hospital Universitário em Wroclaw	---	200 pacientes com diabetes tipo 2	WHOQOL- <i>bref</i>	Uma apreciação mais elevada de QV foi encontrada no grupo de pacientes tratados com hipoglicemiantes orais em domínios somáticos e ambientais, e no grupo de doentes tratados com insulina no domínio psicológico
Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil	PEREIRA <i>et al.</i> , 2011	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	Teixeiras - MG	Amostragem aleatória	211 idosos	WHOQOL- <i>bref</i>	Observaram-se os seguintes fatores de risco para baixos escores de QV no idoso: utilização de medicamentos, necessidade de cuidados médicos, ausência de cobertura por plano de saúde privado, presença de comorbidades, problemas do sono e aposentadoria.

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (continuação)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família	MIRANZI <i>et al.</i> , 2008	<i>Revista Texto & Contexto-Enfermagem</i>	Ficha do HIPERDIA de uma ESF de um município do interior mineiro	Conveniência; pacientes cadastrados no Hiperdia e entrevistados em domicílios	30 indivíduos com diabetes e HAS associados	WHOQOL-bref	As facetas que mais colaboraram com a avaliação positiva da QV foram: suporte e apoio social - domínio Relações sociais; dependência de medicação ou tratamento – domínio Físico; autoestima - domínio Psicológico, e ambiente no lar - domínio Meio ambiente.
Satisfaction and quality of life with premeal inhaled versus injected insulin in adolescents and adults with type 1 diabetes	TESTA; SIMONSON, 2007	<i>Diabetes Care</i>	40 centros dos Estados Unidos e Canadá	Ensaio clínico, randomizado em 40 centros dos Estados Unidos e Canadá	419 indivíduos (12-65 anos) com diabetes tipo I	72-item Diabetes Treatment Satisfaction; 25 item Barriers to Insulin Adherence; 13-item Comparative Treatment Preference; Perceived Health (Global Analogue Status)	Satisfação com o tratamento foi substancialmente mais favorável, as barreiras de adesão foram moderadamente menores e a QV moderadamente superior para o regime inalatório comparado ao esquema subcutâneo

Tabela 1- Lista de estudos que avaliaram a qualidade de vida de indivíduos em condições específicas. (conclusão)

TÍTULO	AUTOR E ANO	REVISTA/ PERIÓDICO	LOCAL	AMOSTRAGEM	POPULAÇÃO	INSTRUMENTO	RESULTADOS
Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls	ERICKSON; WILLIAMS; GRUPPEN, 2001	<i>Journal of Human Hypertension</i>	Clínica geral de uma universidade	Questionário enviados para as residências	222 pacientes	SF-36	Pacientes em tratamento com anti-hipertensivos apresentaram mais sintomas e menor QV comparados com controle
The patient's burden: physical and psychological effects of acute exacerbations of chronic bronchitis	NICOLSON; ANDERSON, 2000	<i>Journal of Antimicrobial Chemotherapy</i>	Listas de Clínicas Gerais de duas cidades industriais	Listas de Clínicas Gerais (conveniência)	20 pacientes com bronquite crônica	Sessões com discussões (Estudo qualitativo)	Observou-se, dentre outros fatores, que a dependência de medicamentos levava a um alto grau de sofrimento que impactava na QV

A avaliação da influência do uso de medicamentos na QV dos indivíduos é importante para o fornecimento de informações que direcionem as ações em saúde, para prevenção e promoção da saúde na APS, e para práticas que promovam o uso racional dos medicamentos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o perfil de utilização de medicamentos e a qualidade de vida em pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova, em Belo Horizonte.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil destes indivíduos, considerando as características selecionadas: sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde, e características relacionadas aos serviços e aos profissionais de saúde.
- Caracterizar o perfil de utilização de medicamentos por esses indivíduos e identificar as características associadas ao uso de medicamentos, com ênfase no gênero.
- Avaliar a qualidade de vida em indivíduos atendidos nas quatro UBS de Belo Horizonte, segundo os domínios do instrumento *WHOQOL-bref*, e avaliar a influência da utilização de medicamentos na qualidade de vida desses indivíduos.

4. MÉTODOS

Este trabalho integra o projeto de pesquisa “Qualidade de vida e perfil de saúde dos indivíduos atendidos em quatro Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte” do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde III) da UFMG, dentro da linha temática *Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis*. A concepção e planejamento do projeto foram elaborados por professores dos cursos de Farmácia, Psicologia, Educação Física e Fisioterapia da UFMG.

O objetivo geral do projeto foi avaliar a qualidade de vida, caracterizar o perfil de saúde e determinar os fatores associados a essa qualidade de vida em indivíduos adultos e idosos atendidos nas UBS Cafezal (Distrito Centro-Sul), Primeiro de Maio (Distrito Norte), Venda Nova (Distrito Venda Nova) e Leopoldo Crisóstomo (Distrito Nordeste).

4.1 Delineamento e Local de Estudo

Estudo observacional do tipo corte transversal, quantitativo, realizado em indivíduos adultos e idosos, atendidos em quatro UBS: Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova, em Belo Horizonte, no período de setembro de 2013 a abril de 2014.

4.2 População e Critério de Inclusão

Os critérios de elegibilidade incluíram os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e inscritos em uma das UBS em que foi realizada a pesquisa. Foram selecionados aqueles que aceitaram participar e assinaram o TCLE. (ANEXO A).

4.2.1 Critérios éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob parecer nº 267.176, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), sob parecer nº 237.135 e CAAE nº 11239213.0.0000.5149. O TCLE, conforme a Resolução 196/96 (vigente à época) foi entregue aos pacientes e foi solicitada assinatura dos participantes do estudo. Somente foram coletados dados relativos aqueles indivíduos que concordaram em participar e assinaram o TCLE.

Nos termos da resolução 466/2012 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, nesse projeto preservou-se todos os aspectos éticos da legislação supracitada. Para cumprir os requisitos, dados como nome do paciente, CPF, dentre outros, foram substituídos por um identificador único na base de dados para garantir a confidencialidade dos indivíduos. O princípio de confidencialidade foi rigorosamente cumprido e providências foram tomadas para evitar quebra de sigilo das informações relativas aos participantes do estudo. Os formulários contendo os dados coletados foram mantidos em arquivo fechado e estão disponíveis somente para a equipe de investigação. Os entrevistados foram esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa.

Os indivíduos foram informados sobre os benefícios do estudo e que podiam interromper sua participação no momento em que desejassem fazê-lo. Foram realizadas avaliações individuais por examinadores previamente treinados para a coleta de dados. Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometeram a utilizar os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para cumprir os objetivos do protocolo apresentado (conforme item IV.7.e da Resolução 466/2012).

4.3 Plano Amostral

Para o cálculo da amostra, foram considerados: prevalência *a priori* de 50%, devido a heterogeneidade dos eventos avaliados, precisão de 5%, nível de significância de 95%, efeito do desenho igual a 2 e 30% de perdas. Assim, a amostra foi estimada em 884 indivíduos adultos. Utilizou-se o Open Epi versão 3.01 para o cálculo da amostra, considerada infinita.

Os indivíduos participantes foram sorteados aleatoriamente. O primeiro indivíduo de cada grupo de três pessoas que chegava à UBS era convidado a participar do estudo, até que se obtivesse o n amostral para cada UBS (221 participantes por UBS).

4.4 Instrumentos

No desenvolvimento do projeto foram utilizados os instrumentos Cadastro Inicial (ANEXO B), Formulário A (ANEXO C) e Formulário B (não anexado) e foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A). A coleta de dados foi realizada por alunos bolsistas e voluntários do PET-Saúde III. As fontes de financiamento da pesquisa foram: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq); a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e a Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Nesse estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: cadastro inicial (ANEXO B) e formulário A (ANEXO C), que envolveram questões relativas aos dados sociodemográficos, à qualidade de vida, aos hábitos e estilo de vida, às condições de saúde autorreferida, ao perfil de utilização de medicamentos, e às características relacionadas aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde.

4.5 Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante o preenchimento do cadastro inicial e do formulário A, constituídos por perguntas fechadas e abertas. Em setembro de 2013, foi realizado o projeto piloto em indivíduos adultos e idosos, atendidos nas quatro UBS. A coleta de dados foi realizada por alunos bolsistas e voluntários do PET Saúde III, previamente treinados. Durante a realização do projeto piloto, foram encontradas algumas dificuldades apontadas pelos entrevistadores. A partir disso, foram propostas sugestões ao grupo de pesquisa de cada UBS e reuniões foram realizadas para que melhorias fossem adotadas na realização do projeto final. Após adequações no projeto, a coleta de dados foi iniciada em setembro de 2013 e concluída em abril de 2014, sendo que as entrevistas foram realizadas nas próprias UBS, em local apropriado.

4.6 Variáveis

4.6.1 Variáveis respostas

4.6.1.1. Utilização de medicamentos

O uso de medicamentos, a quantidade e a identificação dos mesmos foram obtidos pelas perguntas “*Nos últimos quinze dias o(a) senhor(a) utilizou algum medicamento?*” Se sim, “*Qual foi o número de medicamentos que o(a) senhor(a) usou?*” “*Quais são?*”

Para identificar as características associadas ao uso de medicamentos, com ênfase no gênero, a variável resposta foi o número de medicamentos utilizados pelos participantes nos 15 dias anteriores à entrevista.

4.6.1.2. Qualidade de Vida (QV)

Para avaliar a variável resposta QV foi utilizado o instrumento WHOQOL-*bref*, que consiste de 26 questões, sendo duas a respeito da qualidade de vida em geral (QV geral) e as demais estão divididas em quatro domínios: “físico” (e.g. dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (e.g. sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (e.g. relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (e.g. segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte). As questões do WHOQOL-*bref* são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). Para cada domínio, o escore varia entre 4 e 20. As pontuações de cada domínio e da QV geral foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme sintaxe preconizada no manual produzido pela equipe do WHOQOL, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de qualidade de vida (WHO, 1998).

4.6.2 Variáveis de exposição

4.6.2.1. Para análise da variável resposta utilização de medicamentos

Para a variável resposta utilização de medicamentos, estratificada por gênero, as variáveis explicativas selecionadas foram organizadas nos seguintes blocos: i. bloco I: características sociodemográficas (raça, escolaridade, estado conjugal, renda, emprego, idade e número de pessoas na residência); ii. bloco II características de hábitos e estilo de vida (consumo de tabaco, prática de exercícios físicos e uso de bebida alcoólica); iii. bloco III: condições de saúde (gravidez, número de doenças crônicas e autopercepção de saúde); iv. bloco IV: características dos serviços de saúde (necessidade de estar acamado, número de consultas médicas, número de

internações, plano de saúde e apoio recebido na UBS de atendimento); e v. bloco V: características relacionadas aos profissionais de saúde (satisfação com o atendimento do profissional de saúde, orientações recebidas quanto à condição de saúde e ao tratamento e compreensão dessas orientações recebidas).

Quanto às características dos hábitos e estilo de vida, para avaliar o tabagismo foi feita a pergunta: *você fuma (cigarro, cachimbo, fumo de corda) ou já fumou alguma vez na vida?*

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, foi feita a seguinte pergunta do questionário AUDIT (BABOR *et al.*, 1992), que foi adaptado para o Brasil por Mendez, em 1999: *“Com que frequência você consome bebidas alcóolicas?”*

A realização de atividade física foi mensurada pela pergunta: *“Considerando o último mês, você fez exercícios físicos?”*

A avaliação da autopercepção de saúde foi feita por meio da pergunta: *“Em geral, você diria que a sua saúde é: Excelente; Muito boa; Boa; Razoável; Ruim”*.

4.6.2.2. Para análise da variável resposta qualidade de vida

Para a variável resposta qualidade de vida, o uso de medicamentos foi a variável de exposição. Foram analisados os escores médios da QV geral e de cada domínio do WHOQOL-*bref* da população total, estratificada pelo uso e não uso de medicamentos e ajustada pela presença ou não de doenças crônicas. Também foram analisados a quantidade e a classe dos medicamentos usados pela população.

Os medicamentos relatados pelos participantes foram agrupados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Index*^a (ATC) até o terceiro nível de classificação desse sistema (subgrupo farmacológico), sendo que os medicamentos não classificáveis de acordo com o ATC foram excluídos.

4.7 Análise de Dados

O banco de dados foi criado no programa Epi Info versão 3.5.4 (*Center for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) e foi realizado controle da qualidade da digitação dos dados, com replicação de 10% das digitações para cada UBS. A análise de confiabilidade entre digitadores foi realizada por meio da estatística kappa, sendo que o kappa médio foi de $\kappa=0,97$ para a UBS Cafezal, $\kappa=1,00$ para Leopoldo Crisóstomo, $\kappa=0,97$ para Primeiro de Maio e $\kappa=0,99$ para Venda Nova, indicando ótima concordância em todas UBS.

Para caracterizar o perfil desses indivíduos, considerando as características selecionadas e o perfil de utilização de medicamentos foi determinada a frequência das variáveis categóricas e a média e desvio padrão (DP) para as variáveis numéricas.

4.7.1 Utilização de medicamentos

Para a análise de associações entre as variáveis explicativas e o número de medicamentos utilizados, estratificado por gênero, realizou-se a comparação de médias, utilizando-se teste t e ANOVA. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ na análise univariada foram inseridas na análise de regressão linear múltipla hierarquizada, sendo o bloco I o mais distal e o bloco V o mais proximal (Figura 1).

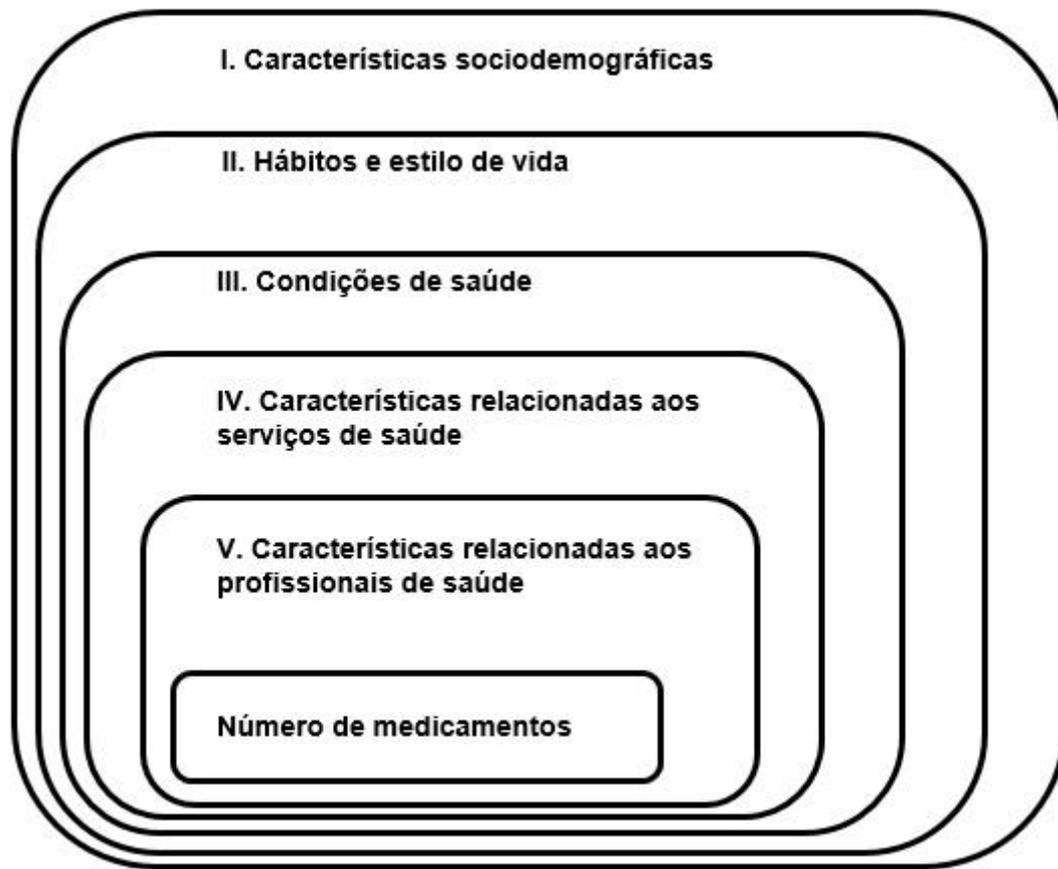


Figura 1: Modelo hierarquizado do processo de determinação das características associadas ao número de medicamentos.

O bloco I de características sociodemográficas foi o primeiro a ser incluído no modelo e permaneceu como fator de ajuste para os demais blocos, em seguida, inclui-se o bloco II, de hábitos e estilo de vida e, assim, sucessivamente os demais blocos. O critério para as variáveis permanecerem no modelo foi de $p \leq 0,05$. A análise de resíduos demonstrou distribuição normal e variância constante no modelo final de regressão linear.

4.7.2 Qualidade de Vida (QV)

Para avaliar a QV dos indivíduos, foi calculada a média dos escores obtidos na QV geral e em cada um dos quatro domínios da escala (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), para as quatro UBS.

As médias da QV geral e de cada domínio da QV também foram comparadas entre a população que usou e que não usou medicamentos, utilizando teste t e ANOVA, por meios dos testes de Tukey (se variâncias iguais) ou Games-Howell (se variâncias diferentes), ajustando-se pela presença ou não de doenças crônicas.

Para verificar se a quantidade de medicamentos em uso influenciava a QV, realizou-se regressão linear univariada entre o número de medicamentos utilizados e os escores de QV. Posteriormente, a regressão foi ajustada pela presença ou não de doenças crônicas.

Na avaliação dos grupos anatômicos e subgrupos farmacológicos dos medicamentos mais utilizados, o medicamento foi a unidade de análise. As proporções foram calculadas dividindo-se o total de medicamentos de cada grupo anatômico pelo total de medicamentos relatados, sendo, posteriormente, estratificado por subgrupo farmacológico. Avaliou-se, então, a influência de cada classe farmacológica nos escores da QV geral e dos domínios da qualidade de vida, utilizando-se ANOVA. Considerou-se um nível de 5% de significância em todas as análises, que foram realizadas no programa SPSS versão 22.0 (SPSS *Inc.*, Chicago, Estados Unidos).

5. RESULTADOS

Foram entrevistados 930 usuários das quatro UBS, sendo 193 da UBS Cafezal, 226 da UBS Leopoldo Crisóstomo, 220 da UBS Primeiro de Maio e 291 da UBS Venda Nova.

5.1 Características da população e utilização de medicamentos

Na Tabela 2, estão apresentadas as características sociodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de saúde e características relacionadas aos serviços e profissionais de saúde dessa população. A população de estudo foi predominantemente feminina (79,9%), com média de idade de 45 anos (DP=16,4), variando de 18 a 90 anos.

A maior parte dos indivíduos se autodeclarou como não branco (82,1%), possuía até oito anos de estudo (64,7%), renda própria (72,4%) e estava empregada no momento da entrevista (54,2%). Quanto aos hábitos e estilo de vida, 66,6% não fumavam, 98,3% não faziam uso de bebida alcoólica ou utilizavam eventualmente, e 64,6% não haviam praticado exercícios físicos no último mês. Em relação à condição de saúde, a maioria dos indivíduos possuía até duas doenças crônicas (47,7%), considerava sua saúde como boa ou excelente (58,0%), e a maioria das mulheres não estava grávida (93,1%). A maioria dos homens teve idade maior que 40 anos (70%) e relatou ter duas ou mais doenças crônicas (65,3%), assemelhando-se ao observado nas mulheres (55,9% e 64,2%, respectivamente).

Quanto às características relacionadas aos serviços de saúde, a maior parte da população não esteve acamada nos 15 dias anteriores à entrevista (88,1%). No último ano, a maioria dos indivíduos consultou um médico de uma a cinco vezes (62,3%), esteve na UBS de atendimento para consulta médica de uma a três vezes (49,6%) e não esteve internada (83,9%). A maior parte da população não tinha plano privado de saúde (81,5%) e não tinha apoio, tipo terapia individual, na UBS de atendimento (93,4%). No que diz respeito às características relacionadas aos profissionais de saúde, a maior parte dos indivíduos relatou a satisfação do

atendimento entre nada e médio (54,0%), recebeu orientação quanto à condição de saúde (52,4%) e ao tratamento (56,0%), sendo essas, em sua maioria, realizadas por médicos. Quanto ao entendimento das orientações recebidas, a maioria dos indivíduos entendeu tudo relativo à condição de saúde (62,2%) e ao tratamento (68,4%).

Tabela 2 - Características da população (n=930). Belo Horizonte-MG, 2014.

Variáveis	Total ¹	
	n	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo		
Masculino	187	20,1
Feminino	743	79,9
Raça		
Branca	165	17,9
Não branca	755	82,1
Escolaridade		
Mais de 8 anos de estudo	328	35,3
Até 8 anos de estudo	602	64,7
Viver com companheiro		
Sim	447	48,2
Não	481	51,8
Renda Própria		
Não	256	27,6
Sim	673	72,4
Emprego		
Sim	475	54,2
Não	401	45,8
Idade		
18-39	383	41,2
40-59	347	37,3
>60	200	21,5
Número de pessoas na residência		
Morar sozinho	34	3,7
Até 3 pessoas	528	56,8
Mais de 3 pessoas	368	39,6
HÁBITOS E ESTILO DE VIDA		
Consumo de tabaco		
Não	603	66,6
Sim	302	33,4
Prática de exercícios físicos nos últimos 30 dias		
Sim	328	35,4
Não	598	64,6

Tabela 2 - Características da população (n=930). Belo Horizonte-MG, 2014. (continuação)

Variáveis	Total ¹	
	n	%
Uso de bebida alcoólica		
Nunca ou eventual	861	98,3
2 ou + vezes por semana	15	1,7
CONDIÇÕES DE SAÚDE		
Gravidez		
Não	684	93,1
Sim	51	6,9
Número de doenças crônicas²		
Nenhuma	324	35,6
Até duas	435	47,7
Mais de duas	152	16,7
Saúde autorreferida		
Boa – excelente	534	58,0
Razoável – ruim	386	42,0
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
Acamado nos últimos 15 dias		
Não	815	88,1
Sim	110	11,9
Número de consultas médicas no último ano		
Nenhuma	91	10,
Até 5	563	62,3
Mais de 5	249	27,6
Número de consultas médicas na UBS de atendimento no último ano		
Nenhuma	165	18,2
Até 3	450	49,6
Mais de 3	292	32,2
Número de vezes internado no último ano		
Nenhuma	774	83,9
Mais de uma	148	16,1
Plano privado de saúde		
Sim	171	18,5
Não	752	81,5
Apoio na UBS de atendimento		
Não	861	93,4
Sim	61	6,6
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
Satisfação com o atendimento		
Muito a completamente	425	46,0
Nada a médio	498	54,0
Recebeu orientação quanto à condição de saúde		
Sim	474	52,4
Não	431	47,6

Tabela 2 - Características da população (n=930). Belo Horizonte-MG, 2014. (conclusão)

Variáveis	Total ¹	
	n	%
Entendimento da orientação quanto à condição de saúde		
Tudo	311	62,2
Pouco a muito	166	33,2
Nada	23	4,6
Recebeu orientação quanto ao tratamento		
Sim	456	56,0
Não	358	44,0
Entendimento da orientação quanto ao tratamento		
Tudo	324	68,4
Pouco a muito	135	28,5
Nada	15	3,2

¹ Total varia devido a dados faltantes; ² Artrite, asma, bronquite, depressão, diabetes, insuficiência renal crônica e hipertensão.

Foram relatadas um total de 2.741 problemas de saúde, sendo que os problemas de visão foram os mais mencionados (18,30%) e, dentre as doenças crônicas (artrite, asma, bronquite, depressão, diabetes, insuficiência renal crônica e hipertensão), as mais relatadas foram hipertensão arterial (12,1%) e depressão (10,0 %) (Gráfico 1).

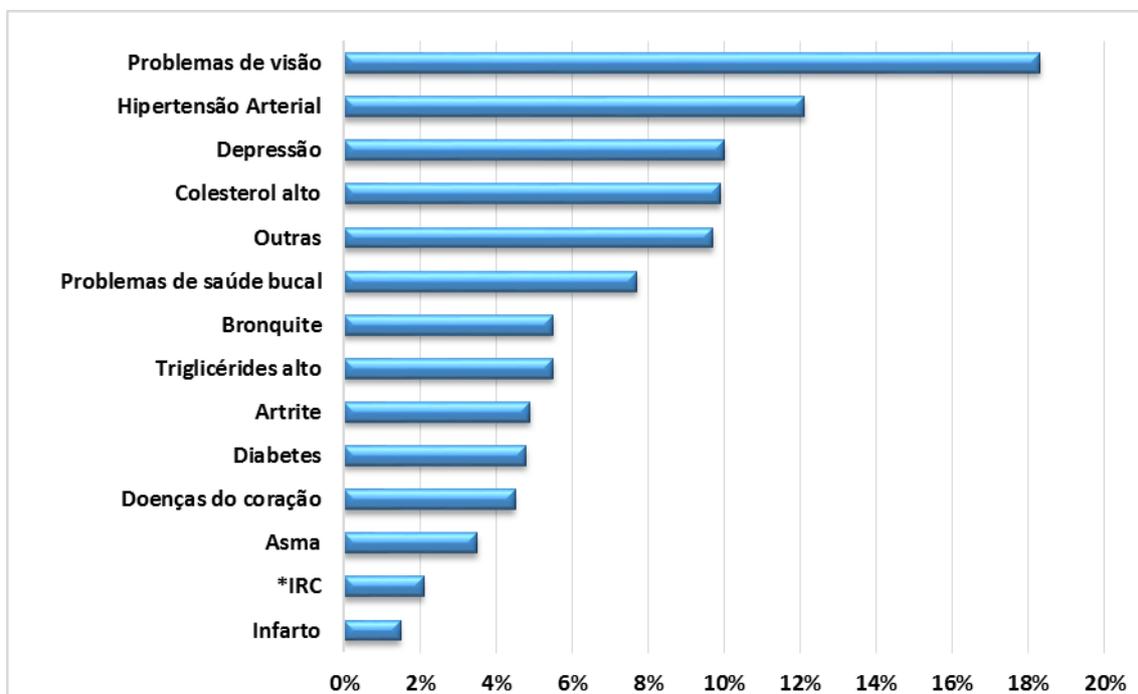


Gráfico 1: Gráfico de barras dos problemas de saúde relatados pela população de estudo. Belo Horizonte-MG, 2014.

*IRC: Insuficiência Renal Crônica

Os participantes do estudo informaram utilizar, nos 15 dias anteriores à entrevista, um total de 2072 medicamentos. A maioria das repostas foi dada por autorrelato (87,7%), seguida de consulta dos indivíduos à receita em mãos (9,5%). A prevalência do uso de medicamentos foi de 78% e o número médio utilizado foi de $2,2 \pm 2,1$ (média \pm DP) medicamentos, sendo dez a quantidade máxima utilizada. Observou-se 17,4% de polifarmácia. Dentre os nomes de medicamentos que foram descritos (1791), 3% foram excluídos da análise, pois não foi possível classificá-los de acordo com o código ATC. Desse total de medicamentos (1737), 1543 (88,8%) representaram as 21 classes dos medicamentos mais utilizados, que foram classificados até o terceiro nível do código ATC, subgrupo farmacológico.

Os medicamentos mais utilizados pelos indivíduos pertenceram ao grupo anatômico do sistema cardiovascular (37,9%), seguidos pelos grupos do sistema nervoso (29,6%) e do metabolismo e trato alimentar (12,9%) (Tabela 3). Dentre os medicamentos do sistema cardiovascular, os mais utilizados foram aqueles dos subgrupos farmacológicos inibidores simples da enzima conversora de angiotensina (7,6%), diuréticos tiazídicos (6,6%) e antagonistas da angiotensina II (6,5%). Dentre os medicamentos com ação no sistema nervoso, o subgrupo farmacológico dos analgésicos e antipiréticos (13,5%) foi o mais utilizado, seguidos pelos antidepressivos (6,6%). Quanto ao grupo do metabolismo e trato alimentar, os medicamentos mais utilizados pertenceram ao subgrupo farmacológico dos hipoglicemiantes orais (6,0%) e ao subgrupo dos fármacos para úlcera péptica e doença do refluxo gastresofágico (4,6%).

Tabela 3 - Principais medicamentos utilizados pela população incluída no estudo, segundo grupo anatômico e subgrupo farmacológico. Belo Horizonte-MG, 2014. (n=1.543)

Código ATC	Grupo e Subgrupo dos medicamentos	n	%
A	Metabolismo e trato alimentar	198	12,9
A02B	Fármacos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	71	4,6
A10A	Insulina e análogos	35	2,3
A10B	Medicamentos que reduzem a glicose sanguínea, excluindo as insulinas	92	6,0
B	Sistema sanguíneo e órgãos hematopoiéticos	74	4,8
B01A	Antitrombóticos	74	4,8
C	Sistema cardiovascular	587	37,9
C03A	Diuréticos de ação no túbulo distal, tiazídicos	102	6,6
C03C	Diuréticos de alça	28	1,8
C07A	Agentes betabloqueadores	93	6,0
C08C	Bloqueador seletivo de canal de cálcio com efeitos principalmente vasculares	53	3,4
C09A	Inibidores da ECA ^a	118	7,6
C09C	Antagonistas da angiotensina II	100	6,5
C10A	Agentes modificadores de lipídios	93	6,0
G	Sistema gênito-urinário e hormônios sexuais	23	1,5
G03A	Contraceptivos para uso sistêmico	23	1,5
H	Hormônios sistêmicos – exceto hormônios sexuais e insulina	47	3,0
H03A	Fármacos tireoidianos	47	3,0
J	Anti-infecciosos de ação sistêmica	26	1,7
J01C	Beta-lactâmicos – penicilina	26	1,7
M	Sistema musculoesquelético	132	8,6
M01A	Anti-inflamatórios e antirreumáticos, não esteroides	81	5,3
M03B	Relaxante muscular, agentes de ação central	51	3,3
N	Sistema nervoso	456	29,6
N02B	Analgésicos e antipiréticos	207	13,5
N03A	Antiepiléticos	88	5,7
N05A	Antipsicóticos	25	1,6
N05B	Ansiolíticos	34	2,2
N06A	Antidepressivos	102	6,6
	Total	1543	100

^aECA: Enzima Conversora da Angiotensina

Na análise univariada, realizada tanto para a população total quanto estratificada por gênero, as médias do número de medicamentos foram significativamente maiores ($p \leq 0,05$) em indivíduos que não tinham emprego no momento da entrevista (afastado por motivo de doença, aposentado ou desempregado), maiores de 60 anos, que tinham mais de duas doenças crônicas, com saúde autorreferida como

razoável ou ruim, que realizaram mais de cinco consultas médicas no último ano, mais de três consultas na UBS de atendimento e aqueles que receberam orientações quanto à condição de saúde e ao tratamento (Tabela 4).

Em relação à população total, na análise univariada as médias do número de medicamentos foram significativamente maiores ($p \leq 0,05$) para os indivíduos de menor escolaridade, que fizeram uso de bebida alcoólica duas vezes ou mais por semana, que estiveram acamados nos 15 dias anteriores à entrevista, internados mais de uma vez no último ano, que receberam apoio, tipo terapia individual, na UBS de atendimento, que estiveram satisfeitos de muito a completamente com o atendimento e que entenderam tudo da orientação recebida sobre o tratamento.

Para os homens houve associação, estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre o aumento da média do número de medicamentos e não consumir tabaco, não estar internado no último ano, e estar muito satisfeito com o atendimento.

Para as mulheres, houve essa associação com ter até oito anos de estudo, não ter um companheiro, não estar grávida, estar acamada nos 15 dias anteriores à entrevista, receber apoio, tipo terapia individual, na UBS de atendimento e entender as orientações quanto à condição de saúde e quanto ao tratamento.

Tabela 4 - Associação univariada entre as variáveis de exposição e o número médio de medicamentos pela população total e estratificada pelo gênero. Belo Horizonte-MG, 2014

Variáveis	População total	Homens	Mulheres
	Média do número de medicamentos (DP)		
SOCIODEMOGRÁFICAS			
Raça			
Branca	2,40 (2,27)	2,66 (2,39)	2,34 (2,24)
Não branca	2,21 (2,13)	2,56 (2,26)	2,13 (2,10)
	p= 0,313	p=0,816	p=0,308
Escolaridade			
Mais de 8 anos de estudo	1,68 (1,91)	2,29 (2,21)	1,55 (1,82)
Até 8 anos de estudo	2,54 (2,22)	2,64 (2,32)	2,51 (2,19)
	p<0,001	p=0,353	p<0,001
Viver com companheiro			
Sim	2,11 (2,05)	2,54 (2,20)	1,98 (1,98)
Não	2,35 (2,24)	2,57 (2,41)	2,31 (2,21)
	p= 0,088	p=0,909	p=0,034
Renda Própria			
Não	2,10 (2,08)	2,30 (1,98)	2,08 (2,10)
Sim	2,30 (2,18)	2,57 (2,33)	2,19 (2,12)
	p=0,241	p=0,603	p=0,487
Emprego			
Sim	1,77 (1,80)	1,76 (1,69)	1,77 (1,83)
Não	2,76 (2,40)	3,42 (2,55)	2,58 (2,33)
	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Idade			
18-39	1,20 (1,49)	1,36 (1,76)	1,17 (1,43)
40-59	2,68 (2,15)	2,70 (2,21)	2,68 (2,15)
>60	3,45 (2,33)	3,44 (2,37)	3,46 (2,33)
	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Número de pessoas na residência			
Morar sozinho	2,70 (2,51)	2,90 (2,96)	2,63 (2,37)
Até 3 pessoas	2,33 (2,17)	2,76 (2,36)	2,22 (2,11)
Mais de 3 pessoas	2,06 (2,08)	2,16 (2,04)	2,04 (2,10)
	p= 0,083	p=0,214	p=0,291
HÁBITOS E ESTILO DE VIDA			
Consumo de tabaco			
Não	2,27 (2,14)	2,83 (2,38)	2,13 (2,05)
Sim	2,12 (2,18)	1,96 (2,00)	2,16 (2,22)
	p=0,334	p=0,015	p=0,845
Prática de exercícios físicos nos últimos 30 dias			
Sim	2,20 (2,04)	2,32 (1,97)	2,16 (2,07)
Não	2,25 (2,21)	2,72 (2,52)	2,16 (2,13)
	p=0,757	p=0,235	p=0,971
Uso de bebida alcóolica			
Nunca ou eventual	2,20 (2,14)	2,42 (2,20)	2,16 (2,12)
2 ou + vezes por semana	3,33 (2,58)	3,50 (3,50)	3,14 (1,07)
	p=0,045	p=0,190	p=0,221

Tabela 4 - Associação univariada entre as variáveis de exposição e o número médio de medicamentos pela população total e estratificada pelo gênero. Belo Horizonte-MG, 2014 (continuação)

Variáveis	População total	Homens	Mulheres
	Média do número de medicamentos (DP)		
CONDIÇÕES DE SAÚDE			
Gravidez			
Não	-----	-----	2,24 (2,13)
Sim	-----	-----	1,04 (1,32)
			p<0,001
Número de doenças crônicas¹			
Nenhuma	1,03 (1,28)	1,19 (1,44)	1,00 (1,23)
Até duas	2,46 (2,02)	2,96 (2,17)	2,32 (1,96)
Mais de duas	4,09 (2,45)	4,55 (2,55)	4,01 (2,43)
	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Saúde autorreferida			
Boa – excelente	1,69 (1,86)	2,00 (1,98)	1,61 (1,83)
Razoável – ruim	2,97 (2,28)	3,28 (2,47)	2,90 (2,23)
	p<0,001	p<0,001	p<0,001
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Acamado nos últimos 15 dias			
Não	2,13 (2,14)	2,50 (2,36)	2,04 (2,08)
Sim	3,00 (2,07)	2,69 (1,89)	3,10 (2,12)
	p<0,001	p=0,703	p<0,001
Número de consultas médicas no último ano			
Nenhuma	1,22 (1,69)	1,28 (1,90)	1,20 (1,63)
Até 5	1,96 (1,86)	2,07 (1,91)	1,92 (1,84)
Mais de 5	3,15 (2,51)	4,31 (2,41)	2,91 (2,46)
	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Número de consultas médicas na UBS de atendimento			
Nenhuma	1,66 (1,90)	1,86 (2,08)	1,60 (1,86)
Até 3	2,04 (2,02)	2,15 (2,05)	2,00 (2,02)
Mais de 3	2,77 (2,26)	3,55 (2,28)	2,62 (2,23)
	p<0,001	p<0,001	p=0,001
Número de vezes internado no último ano			
Nenhuma	2,15 (2,08)	2,24 (2,17)	2,12 (2,06)
Mais de uma	2,68 (2,44)	4,03 (2,34)	2,33 (2,35)
	p=0,005	p<0,001	p=0,304
Plano privado de saúde			
Sim	2,35 (2,12)	2,90 (2,18)	2,21 (2,09)
Não	2,21 (2,17)	2,45 (2,31)	2,16 (2,12)
	p=0,454	p=0,299	p=0,754
Apoio na UBS de atendimento			
Não	2,18 (2,12)	2,49 (2,32)	2,11 (2,06)
Sim	2,90 (2,46)	3,06 (1,98)	2,84 (2,62)
	p=0,011	p=0,356	p=0,021

Tabela 4 - Associação univariada entre as variáveis de exposição e o número médio de medicamentos pela população total e estratificada pelo gênero. Belo Horizonte-MG, 2014 (conclusão)

Variáveis	População total	Homens	Mulheres
	Média do número de medicamentos (DP)		
CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE			
Satisfação com o atendimento			
Muito (Muito a completamente)	2,42 (2,24)	2,86 (2,48)	2,28 (2,15)
Pouco (Nada a médio)	2,06 (2,06)	2,10 (1,96)	2,06 (2,08)
	p=0,012	p=0,025	p=0,149
Recebeu orientação quanto à condição de saúde			
Sim	2,46 (2,16)	2,96 (2,23)	2,33 (2,12)
Não	2,05 (2,13)	2,16 (2,30)	2,02 (2,10)
	p=0,005	p=0,018	p=0,050
Entendimento da orientação da condição de saúde			
Tudo	2,44 (2,20)	2,94 (2,43)	2,33 (2,13)
Médio (Pouco a muito)	2,45 (2,09)	2,97 (1,88)	2,29 (2,13)
Nada	2,00 (2,41)	4,28 (2,92)	1,00 (1,26)
	p=0,628	p=0,335	p=0,050
Recebeu orientação quanto ao tratamento			
Sim	2,64 (2,20)	2,90 (2,25)	2,56 (2,18)
Não	1,90 (2,03)	2,21 (2,26)	1,82 (1,96)
	p<0,001	p=0,053	p<0,001
Entendimento da orientação do tratamento			
Tudo	2,65 (2,19)	3,15 (2,39)	2,54 (2,13)
Medio (Pouco a muito)	2,47 (2,11)	2,44 (1,91)	2,48 (2,19)
Nada	1,20 (1,37)	3,50 (2,12)	0,84 (0,89)
	p=0,033	p=0,304	p=0,019

* Artrite, asma, bronquite, depressão, diabetes e insuficiência renal crônica e hipertensão.

Após a análise ajustada na população total e na estratificada por gênero, as variáveis doença crônica e consultas médicas no último ano permaneceram no modelo final. Observou-se que essas características associaram-se com o número de medicamentos, independentemente do gênero. Quanto maior o número de doenças crônicas, maior o aumento na média do número de medicamentos ($p<0,001$), assim como realizar consulta médica mais de cinco vezes no último ano em comparação com os que não se consultaram, associou-se com o aumento na média do número de medicamentos ($p<0,001$) (Tabela 5).

Na população total e nas mulheres, foi observado a associação entre o aumento da idade e o aumento na média do número de medicamentos ($p < 0,001$), sendo que em comparação com o estrato mais jovem (18 a 39 anos), os idosos (maiores de 60 anos) apresentaram maior média. Em relação a saúde autorreferida, tanto na população total quanto nas mulheres, perceber a saúde como razoável ou ruim associou-se com o aumento na média do número de medicamentos ($p \leq 0,001$).

Na população total, não receber orientação quanto ao tratamento e não entender nada dessa orientação em comparação com aqueles que entenderam tudo, associou-se com a diminuição da média do número de medicamentos ($p < 0,05$).

Nas mulheres, aquelas que não entenderam nada das orientações sobre a condição de saúde, em comparação com aquelas que entenderam tudo, apresentaram diminuição na média do número de medicamentos ($p = 0,002$). Em relação ao entendimento das orientações sobre o tratamento, as mulheres que entenderam de forma mediana essas orientações, em comparação com aquelas que entenderam tudo, apresentaram diminuição na média do número de medicamentos ($p = 0,029$).

Nos homens, não estar empregado no momento da entrevista e ter histórico de internação no último ano, associaram-se com o aumento na média do número de medicamentos ($p = 0,001$).

Tabela 5 – Modelo multivariado final dos fatores associados com o número de medicamentos na população incluída no estudo (n=930). Belo Horizonte-MG, 2014.

Variáveis Risco vs. referência	População Total		Homens		Mulheres	
	β (IC95%)	Valor de p	β (IC95%)	Valor de p	β (IC95%)	Valor de p
Emprego						
Não vs. Sim	-	-	0,97 (0,41;1,53)	0,001	-	-
Idade (anos)						
40–59 vs. 18-39	0,63 (0,20; 1,00)	0,004	-	-	0,69 (0,21; 1,17)	0,004
>60 vs. 18-39	1,13 (0,67; 1,59)	<0,001	-	-	1,06 (0,51; 1,59)	<0,001
Doença crônica						
Até duas vs. nenhuma	0,93 (0,50; 1,34)	<0,001	1,17 (0,57;1,78)	<0,001	0,79 (0,31; 1,26)	0,001
Mais de duas vs. Nenhuma	2,10 (1,56; 2,64)	<0,001	2,34 (1,41; 3,28)	<0,001	2,01 (1,39; 2,62)	<0,001
Saúde autorreferida						
Razoável ou ruim vs. boa ou excelente	0,66 (0,31; 1,00)	<0,001	-	-	0,67 (0,27; 1,08)	0,001
Número de consultas médicas no último ano						
Mais de 5 vs. nenhuma	0,94 (0,59; 1,30)	<0,001	1,35 (0,68; 2,03)	<0,001	0,76 (0,35; 1,16)	<0,001
Número de vezes internado no último ano						
Mais de uma vs. nenhuma	-	-	1,16 (0,42; 1,90)	0,002	-	-
Entendimento quanto à orientação da condição de saúde						
Nada vs. tudo	-	-	-	-	-1,39 (-2,28; -0,50)	0,002
Recebeu orientação quanto ao tratamento						
Não vs. Sim	-0,96 (-1,77;-0,15)	0,019	-	-	-	-
Entendimento quanto à orientação do tratamento						
Médio vs. tudo	-	-	-	-	-0,50 (-0,95;-0,05)	0,029
Nada vs. tudo	-0,93 (-1,86;-0,004)	0,049	-	-	-	-

5.2 Influência do uso de medicamentos na qualidade de vida

As médias dos domínios da QV foram diferentes entre as UBS do estudo, sendo que, em todos os domínios, a unidade Leopoldo Crisóstomo apresentou maior média e a Cafezal apresentou menor média, com diferença estatisticamente significativa somente para o domínio ambiente (Tabela 6). As maiores médias foram observadas para o domínio relações sociais, tanto em cada UBS quanto na população total das quatro unidades, enquanto que as menores médias foram observadas para o domínio ambiente.

Tabela 6 – Distribuição dos escores médios da QV geral e de cada domínio do WHOQOL-*bref*, por UBS. Belo Horizonte-MG, 2014

Domínios e QV geral	UBS (média ± desvio padrão)				
	Todas UBS	Cafezal	Leopoldo Crisóstomo	Primeiro de maio	Venda Nova
QV Geral	65,2±19,2	63,9±18,8	68,2±19,4	64,0±20,0	64,6±18,4
Físico	63,0±18,1	61,0±18,4	64,7±18,5	62,1±17,6	63,8±18,0
Psicológico	66,5±16,3	64,9±17,7	68,2±15,7	66,5±16,7	66,2±15,4
Relações Sociais	68,2±20,4	67,2±20,7	69,3±20,7	68,0±20,1	68,0±20,3
Ambiente	52,4±15,5	48,0±16,2*	56,0±16,0*	51,6±15,6	53,3±13,7

*Diferença estatisticamente significativa entre as médias das UBS Cafezal e Leopoldo Crisóstomo; QV: qualidade de vida.

Na análise da QV estratificada pelo uso de medicamentos na população, observou-se menores médias naquela população que utilizou medicamentos, tanto na QV geral quanto nos domínios físico, psicológico e relações sociais (Tabela 7). Entretanto, ao realizar a análise controlada pela presença de doenças crônicas, somente a QV geral e o domínio físico se mantiveram associadas ao uso de medicamentos, sendo que o pior escore da qualidade de vida foi observado no domínio físico.

Tabela 7 - Distribuição dos escores médios da QV geral e de cada domínio do WHOQOL-*bref* da população total, estratificada pelo uso de medicamentos e ajustada pela presença ou não de doenças crônicas. Belo Horizonte-MG, 2014.

QV geral e domínios	Total (média± DP)	Bruto		Presença de doenças		Ausência de doenças	
		Uso de medicamentos (média±DP)					
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
QV Geral	65,2±19,2	63,0±19,2 ^c	72,3±16,8	59,9±19,6 ^c	67,9±19,1	71,2±15,5 ^a	75,5±14,5
Físico	63,0±18,1	60,6±18,2 ^c	71,2±15,2	57,4±18,4 ^c	67,1±17,1	68,8±14,6 ^c	74,2±13,0
Psicológico	66,5±16,3	65,4±16,5 ^c	70,0±15,0	63,6±17,2	66,3±14,5	70,7±12,8	71,6±15,0
Relações Sociais	68,2±20,4	67,1±20,2 ^b	71,5±20,8	65,3±21,0	67,9±23,0	71,5±17,2	73,8±19,6
Ambiente	52,4±15,5	51,9±15,4	54,0±15,5	51,2±15,5	51,7±17,2	53,8±14,5	55,1±14,4

QV: qualidade de vida; DP: desvio padrão; ^a p<0,05; ^b p≤0,01; ^c p≤0,001.

Dentre os indivíduos que utilizaram medicamentos, o escore de QV diminuiu com o aumento do número de medicamentos (Tabela 8). A redução mais expressiva ocorreu para o domínio físico, onde a cada acréscimo de um medicamento na farmacoterapia, o indivíduo teria o escore da QV diminuído em 2,6 pontos na análise ajustada pela presença de doenças.

Tabela 8 - Influência do aumento do número de medicamentos nos escores da QV geral e de cada domínio do WHOQOL-*bref* entre indivíduos que utilizaram medicamentos. Belo Horizonte-MG, 2014

QV geral e Domínios	Redução no escore de QV (valor de p) ^a	
	Valor bruto	Valor ajustado ^b
QV Geral	-2,359 (<0,001)	-1,533 (<0,001)
Físico	-3,327 (<0,001)	-2,644 (<0,001)
Psicológico	-1,602 (<0,001)	-1,100 (<0,001)
Relações Sociais	-0,980 (0,002)	-0,434 (0,205)
Ambiente	-0,305 (0,198)	-0,060 (0,818)

QV: qualidade de vida; ^a Regressão univariada, escore reduz a cada acréscimo de um medicamento; ^b Valor ajustado pela presença de doenças crônicas.

Independentemente do subgrupo farmacológico utilizado, a população que não usou medicamentos apresentou maiores escores na QV geral e em todos os domínios (Figura 2). Os subgrupos dos fármacos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico e dos antidepressivos foram os únicos que obtiveram diferença estatística em relação à população que não utilizou medicamentos, tanto na QV geral quanto em todos os domínios.

A população que utilizou analgésicos e antipiréticos obteve os maiores escores na QV geral ($63,9 \pm 18,2$), nos domínios físico ($63,9 \pm 18,2$) e psicológico ($63,2 \pm 17,6$). Aquela que usou ansiolíticos obteve os menores escores na QV geral ($48,9 \pm 21,1$), nos domínios físico ($49,7 \pm 16,4$) e psicológico ($54,0 \pm 18,4$). Ressalta-se que no domínio físico, aqueles que utilizaram diuréticos de alça, também apresentaram baixo escore ($50,6 \pm 18,7$). Os participantes que utilizaram hipoglicemiantes orais obtiveram os menores escores no domínio físico ($58,3 \pm 18,2$). Os escores dos indivíduos que utilizaram os medicamentos dos subgrupos farmacológicos do sistema nervoso foram estatisticamente menores que aqueles da população que não utilizou medicamentos no domínio psicológico, à exceção dos antipsicóticos.

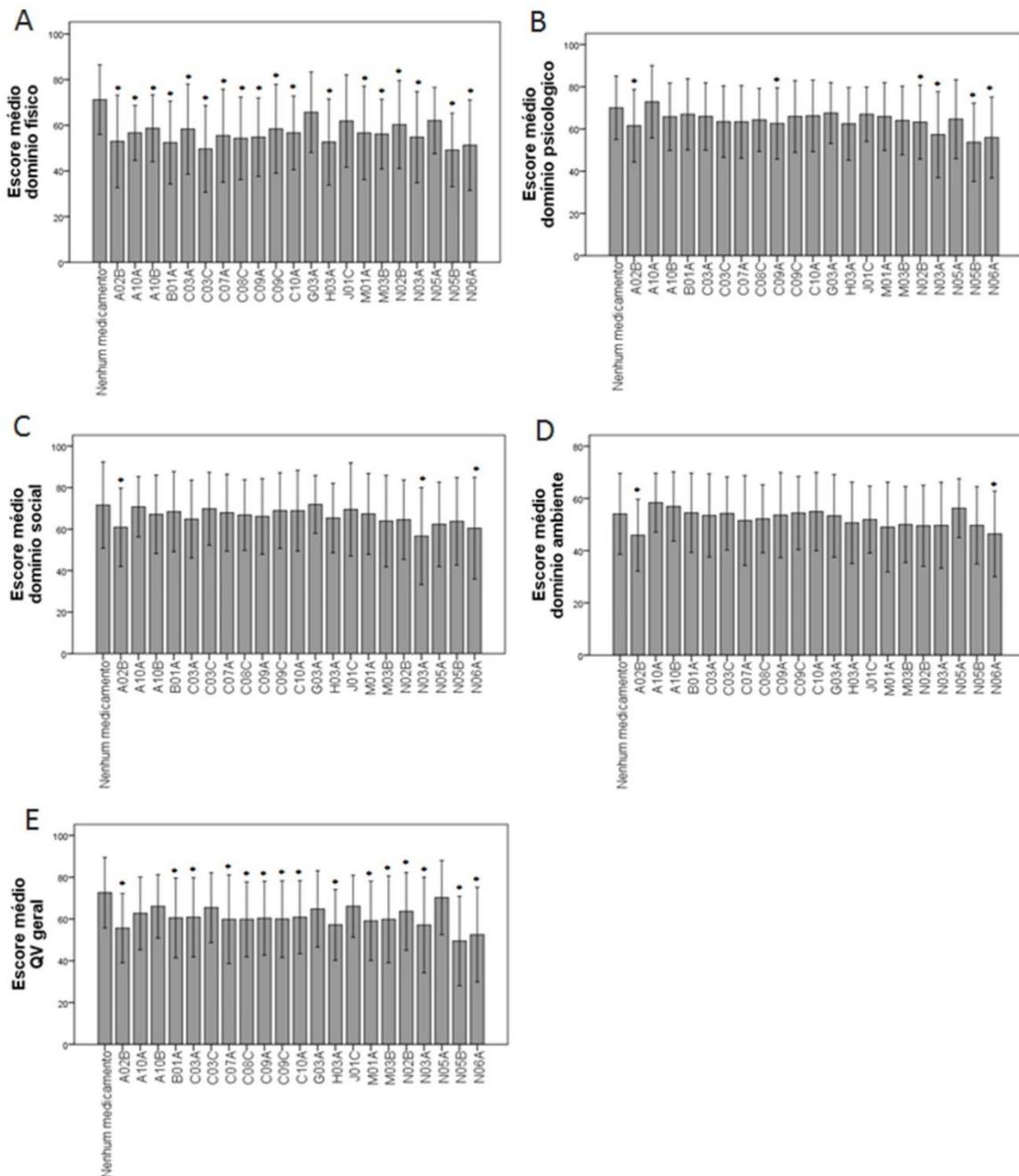


Figura 2 – Escores médios de cada domínio do WHOQOL-*bref* e da QV geral da população que não utilizou medicamentos e estratificada por classe farmacológica da população que usou medicamentos. Belo Horizonte-MG, 2014.

*Diferença estatisticamente significativa (ANOVA); A: escore médio do domínio físico; B: escore médio do domínio psicológico; C: escore médio do domínio social; D: escore médio do domínio do ambiente; E: escore médio da QV geral; A02B: fármacos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico; A10A: insulina e análogos; A10B: medicamentos que reduzem a glicose sanguínea, excluindo as insulinas; B01A: antitrombóticos; C03A: diuréticos de ação no túbulo distal, tiazídicos; C03C: diuréticos de alça; C07A: agentes betabloqueadores; C08C: bloqueador seletivo de canal de cálcio com efeitos principalmente vasculares; C09A: inibidores da enzima conversora de angiotensina; C9C: antagonistas da angiotensina II; C10A: agentes modificadores de lipídios; G03A: contraceptivos para uso sistêmico; H03A: fármacos tireoidianos; J01C: beta-lactâmicos – penicilina; M01A: anti-inflamatórios e antirreumáticos, não esteroides; M03B: relaxante muscular, agentes de ação central; N02B: analgésicos e antipiréticos; N03A: antiepilépticos; N05A: antipsicóticos; N05B: ansiolíticos; N06A: antidepressivos.

6. DISCUSSÃO

6.1 Características da população e utilização de medicamentos

A população incluída no estudo foi predominantemente feminina e de baixa escolaridade, o que se assemelha às características encontradas em outros estudos realizados com usuários do SUS no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2011). Da mesma forma que em outros estudos em UBS, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença crônica mais prevalente (RAMALHO *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2011).

A prevalência do uso de medicamentos encontrada foi elevada, quando comparada a outros estudos realizados com a população geral, selecionadas por setores censitários (ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2011), assim como o número médio de medicamentos utilizados foi maior que em outros estudos de base populacional (ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004; GALVÃO *et al.*, 2014). Observou-se também que a prevalência de polifarmácia (17,4%) foi maior que em um estudo realizado com idosos no Rio Grande do Sul (DAL PIZZOL *et al.*, 2012). Sabe-se que a polifarmácia é um fenômeno comum em estudos com populações de idosos (ARAÚJO; MAGALHÃES; CHAIMOWICZ, 2010; DAL PIZZOL *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012a).

Provavelmente, esses resultados decorrem da população incluída no presente estudo ser aquela assistida na APS, que é a porta de entrada para o sistema de saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), e o uso desse serviço para atendimento e acompanhamento periódico pode estar relacionado ao uso de medicamentos pelos usuários do SUS.

Os medicamentos mais utilizados pertenceram ao sistema cardiovascular, mais especificamente os anti-hipertensivos, seguido do grupo do sistema nervoso, representado principalmente pelos analgésicos e antipiréticos, e do grupo do metabolismo e trato alimentar, como os hipoglicemiantes orais, o que corresponde aos sistemas mais acometidos pelas doenças crônicas (AZEVEDO *et al.*, 2013;

BALDONI; AYRES; MARTINEZ, 2013). A HAS está entre as DCNT mais comuns (AZEVEDO *et al.*, 2013; TREVISOL *et al.*, 2012) e seu tratamento farmacológico envolve os fármacos mais utilizados nesse grupo: inibidores simples da enzima conversora da angiotensina (ECA), diuréticos tiazídicos e os antagonistas da angiotensina II. Entre todos os subgrupos farmacológicos, o subgrupo analgésico e antipirético foi o mais consumido, e isso possivelmente ocorre porque esses medicamentos são de venda livre e, conseqüentemente, muito utilizados por automedicação. O consumo elevado de medicamentos hipoglicemiantes orais, por sua vez, provavelmente, deve-se ao aumento da prevalência do diabetes na população (MIRANZI *et al.*, 2008).

Após análise multivariada, tanto para a população total quanto para aquela estratificada por gênero, as variáveis doença crônica e consultas médicas no último ano permaneceram no modelo final, demonstrando que essas variáveis são preditoras para o consumo de medicamentos e que independem do gênero. A associação entre o número de doenças crônicas e o número de medicamentos era esperada, visto que essas enfermidades demandam medicamentos para seus tratamentos, sendo esse achado consonante com outros estudos nacionais (ARRAIS *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2011). A associação positiva entre realizar mais de cinco consultas médicas no último ano e a média do número de medicamentos pode ser reflexo das terapias prescritas, após os atendimentos médicos. Os medicamentos são recursos terapêuticos no manejo do agravo à saúde e na maioria das consultas médicas esses podem ser prescritos (PORTELA *et al.*, 2012). Na literatura, observa-se que indivíduos que se consultaram recentemente, menos de três meses à entrevista, tiveram associação com o aumento do consumo de medicamentos (ARRAIS *et al.*, 2005; GALVÃO *et al.*; 2014).

Tanto na população total quanto nas mulheres, observou-se que a média do número de medicamentos aumentou com a idade e com o pior estado de saúde autorreferido. Esse aumento foi mais expressivo para os indivíduos acima de 60 anos.

Bertoldi *et al.* (2004) e Arrais *et al.* (2005) realizaram estudos de base populacional e observaram o aumento do consumo de medicamentos com a idade. Costa *et al.* (2011) também observaram o aumento da média do número de medicamentos com a idade, sendo sempre maior nas mulheres. O consumo de medicamentos tende a ser maior nas faixas etárias mais avançadas, pois o número de morbidades tende a ser elevado devido às condições de saúde mais fragilizadas a que esse grupo fica susceptível (GOULART, 2011; SILVA *et al.*, 2012a). Nas mulheres essa associação pode ser justificada, devido à procura maior desse grupo pelos serviços de saúde, por ter mais autocuidado (BERTAKIS *et al.*, 2000; ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004) e por possuírem maior expectativa de vida. Segundo os dados da Tábua Completa de Mortalidade do Brasil de 2013, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida das mulheres é 7,3 anos maior que a dos homens, sendo de 71,3 anos para os homens e 78,3 para as mulheres (IBGE, 2013). Isso aumenta as possibilidades das mulheres chegarem em maiores contingentes às idades mais avançadas, e serem susceptíveis às doenças e ao maior uso de medicamentos.

Quanto à saúde autorreferida como razoável e ruim, existe uma associação entre essa característica e o aumento do número de medicamentos utilizados (BERTOLDI *et al.*, 2004), pois uma pior condição de saúde conduz à maior utilização dos serviços de saúde e dos medicamentos (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; PEREIRA *et al.*, 2012). Pelo fato das mulheres se preocuparem mais com o seu estado de saúde, elas observam a sintomatologia das doenças com mais atenção, buscando os serviços de saúde. Sendo assim, mulheres com autopercepção de saúde pior têm mais probabilidade de utilizar esses serviços (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009), o que pode aumentar o número de medicamentos em uso. Além disso, como as mulheres têm maior expectativa de vida, podem vir a ter mais doenças crônicas, que demandam cuidado contínuo e influenciando negativamente na saúde autopercebida pelas mulheres.

Na população total, a associação observada entre a diminuição da média de número de medicamentos e não receber orientação quanto ao tratamento ou, mesmo recebendo, não entender nada dessa orientação, pode ser devida à utilização

incorreta dos medicamentos. O não recebimento de informações quanto ao tratamento farmacológico, ou o recebimento de forma ineficiente, prejudicam a execução do esquema terapêutico estabelecido pelo prescritor (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011). A maioria das orientações foi dada por médicos e enfermeiros, e são necessárias maiores investigações para determinar a causalidade desse achado e, assim, avaliar se essas informações estão sendo repassadas de forma adequada ou se o tempo de orientação no contato com o profissional de saúde está sendo suficiente.

Nas mulheres, não entender nada das orientações sobre a condição de saúde, assim como ter conhecimento mediano quanto às orientações sobre o tratamento, esteve associado com a diminuição na média do número de medicamentos. Compreender o processo de saúde e doença é importante para o manejo adequado da enfermidade, a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua enfermidade influencia no seguimento terapêutico (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Dessa forma, a falha no entendimento quanto ao conhecimento, seja da condição de saúde ou do tratamento, podem resultar negativamente no uso dos medicamentos. Essa associação pode ser explicada pelas mulheres serem a maioria nesse estudo e, sabidamente, procurarem mais os serviços de saúde.

Falhas nas orientações sobre a condição de saúde e o tratamento tanto na população total quanto nas mulheres, podem impactar na adesão ao tratamento. São necessários mais estudos para analisar essa hipótese, pois sabe-se que a adesão ao tratamento é um processo multifatorial, que inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes e aos profissionais de saúde, existindo diferentes métodos para sua medição (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; CECCATO *et al.*, 2004).

Nos homens, não ter emprego e ter histórico de internação associaram-se com o aumento na média do número de medicamentos. O maior consumo de medicamentos entre homens que não estavam empregados no momento da entrevista pode estar relacionado ao fato de que o desemprego pode influenciar

negativamente na condição de saúde do paciente e, assim, torná-la mais fragilizada e susceptível a doenças e ao uso de mais medicamentos.

Em relação ao achado da internação, considerando-se que homens e mulheres apresentam comportamentos diferentes quanto ao uso de serviços de saúde, os homens têm maior probabilidade de utilizar esses serviços quando apresentam restrição de atividade por motivo de saúde (TRAVASSOS *et al.*, 2002). Dessa forma, o agravamento das condições de saúde aumenta as chances de internação, levando ao maior uso de medicamentos. Nesse estudo, a maioria dos homens teve idade maior que 40 anos e relatou ter duas ou mais doenças crônicas. Estudo realizado com indivíduos com as doenças crônicas HAS e diabetes mellitus demonstrou maior média de utilização de medicamentos nas pessoas que foram hospitalizadas mais de uma vez no ano anterior à entrevista, possivelmente por alguma complicação gerada pela doença (PEREIRA *et al.*, 2012).

6.2 Influência do uso de medicamentos na qualidade de vida

As médias da QV observadas nos quatro domínios e na QV geral foram menores do que aquelas comumente relatadas por outros autores. O padrão das médias entre os domínios em estudos brasileiros se repete, onde o domínio relações sociais apresenta melhor média e o domínio ambiente apresenta menor média. Isso, possivelmente, decorre do fato desses estudos terem sido realizados em comunidades que estão em áreas de maior vulnerabilidade social (AZEVEDO *et al.*, 2013; PODESTÁ *et al.*, 2013; STIVAL *et al.*, 2014).

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

baixo risco (BELO HORIZONTE, 2012). Um estudo observou que as condições de saúde de idosos de Belo Horizonte variaram segundo o IVS, sendo as piores condições associadas às áreas de elevado risco (BRAGA *et al.*, 2010). Podestá *et al.* (2013) também observaram que a localização da UBS influencia na QV dos pacientes, sobretudo nas unidades localizadas em regiões periféricas. Uma vez que a menor média da QV foi observada para o domínio ambiente, destaca-se a importância de investimentos e políticas de desenvolvimento e planejamento urbano, visando uma melhora da QV de populações que vivem em áreas vulneráveis.

Os indivíduos que usaram medicamentos, independente da presença ou não de doenças crônicas, tiveram pior autopercepção de QV, principalmente na QV geral e no domínio físico. Além do uso de medicamentos influenciar negativamente na QV, o aumento no número utilizado parece agravar esse achado, uma vez que se observou redução dos escores de QV dos indivíduos a cada acréscimo de um medicamento. Podestá *et al.* (2013) também observaram que pacientes em uso de muitos medicamentos apresentaram menores escores de QV, principalmente, nos domínios de capacidade funcional, vitalidade e estado geral de saúde do questionário SF-36, os quais apresentam construtos semelhantes aqueles do domínio físico e da QV geral do WHOQOL-*bref* (CASTRO; DRIUSSO; OISHI, 2014).

A presença de doenças poderia ser um potencial fator de confusão nas análises realizadas neste estudo, de forma que a redução da QV poderia ser devido à presença de doenças crônicas, que demanda o uso contínuo de medicamentos, e não pelo efeito do uso de medicamentos em si. No entanto, ao se ajustar a regressão univariada pela presença ou não de doenças, não se encontrou diferenças significativas na QV geral e nos domínios físico e psicológico. Isso pode indicar que o uso de medicamentos influenciou negativamente na percepção de QV naquelas circunstâncias. Entretanto, devido à natureza transversal do estudo, não se pode descartar a possibilidade de causalidade reversa. O domínio relações sociais não demonstrou associação após o ajuste, sugerindo que é a presença de doenças que afeta o convívio social de um indivíduo e não a quantidade de medicamentos utilizada.

Demonstrou-se neste trabalho, que a utilização de medicamentos, independente do subgrupo farmacológico, relacionou-se com a diminuição de escores da QV, principalmente, na QV geral e no domínio físico. A utilização dos ansiolíticos se relacionou com os menores escores, tanto na QV geral quanto nos domínios físico e psicológico. Possivelmente, os baixos escores obtidos para os indivíduos que utilizaram ansiolíticos se deve aos seus efeitos adversos, como a sonolência, que podem dificultar a execução das atividades diárias, sendo esta uma das facetas avaliadas no domínio físico. A presença de transtornos de ansiedade, comuns em indivíduos que utilizam esses medicamentos, também pode influenciar negativamente na autopercepção da QV (AZEVEDO *et al.*, 2013; NIEDERAUER *et al.*, 2007). Entretanto, devido à escassez de trabalhos na literatura que corroborem com esses achados, mais estudos devem ser realizados no intuito de investigar essa relação.

Todos os medicamentos do sistema cardiovascular incluídos na análise são utilizados para o tratamento da HAS. A relação entre a utilização de anti-hipertensivos e os baixos escores de QV na QV geral e no domínio físico foi relatada, também, em outros estudos da literatura. Estudo realizado no sul do Brasil, por exemplo, demonstrou que indivíduos hipertensos sob tratamento farmacológico com anti-hipertensivos apresentaram menores escores de QV, e que escores mais baixos foram obtidos para o componente físico do questionário SF-12, o qual apresenta construto semelhante aquele do domínio físico do WHOQOL-*bref* (TREVISOL *et al.*, 2012). Neste subgrupo farmacológico, a utilização de diuréticos de alça se relacionou com o pior escore no domínio físico, provavelmente devido à ocorrência dos efeitos adversos, como o aumento da diurese, que pode prejudicar a rotina de seus usuários.

Medicamentos do grupo anatômico sistema nervoso foram relacionados com baixos escores no domínio psicológico. Possivelmente, essa relação se deva à baixa autopercepção da QV por indivíduos que possuem psicopatologias (AZEVEDO *et al.*, 2013; NIEDERAUER *et al.*, 2007).

As classes dos medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico e dos antidepressivos se relacionaram com baixos escores na QV geral e em todos os domínios do WHOQOL-*bref*. Indivíduos que utilizam essas classes farmacológicas apresentam doenças que podem gerar sintomas que impactam negativamente na QV (AZEVEDO *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2013).

Neste estudo, o domínio físico foi aquele que mais demonstrou associação com o uso de medicamentos, tanto em relação ao número quanto ao tipo utilizado. O domínio físico inclui facetas diretamente relacionadas à capacidade funcional, vitalidade e desconforto físico do indivíduo. Essas facetas englobam as percepções do indivíduo sobre a dependência de medicamentos, que incluem mudanças nos hábitos e comportamentos, e a ocorrência de reações adversas (CHEHUEN NETO, *et al.*, 2012; KRŠKA *et al.*, 2013). Outro aspecto importante, é que nem sempre os medicamentos prescritos estão disponíveis nos serviços de saúde, e essa dificuldade de acesso pode gerar ansiedade e interferir no bem-estar do indivíduo, influenciando a maneira como ele percebe sua QV (SILVA *et al.*, 2002).

Para maior representatividade do município de Belo Horizonte seria relevante que a amostragem contemplasse UBS de todos os distritos sanitários da cidade. Entretanto, este estudo integra o PET-SAÚDE-III dentro da linha temática Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis, que foi desenvolvido em quatro UBS, representativas de quatro distritos. Embora tenha essa limitação de representatividade, o número de indivíduos envolvidos na pesquisa foi maior que aquele encontrado em muitos estudos brasileiros conduzidos em UBS e atendeu ao cálculo amostral.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de uso e o número médio de medicamentos utilizados foram elevadas, sendo a maior prevalência em indivíduos com idade acima de 40 anos.

Este trabalho demonstrou as características associadas à utilização de medicamentos com achados que corroboram com a literatura existente, como a presença de doenças crônicas, o maior número de consultas médicas na população total e independentemente do gênero. As mulheres destacaram-se por possuir mais características associadas ao aumento da média de número de medicamentos, como o avanço da idade e o pior estado de saúde autorreferido. Outro aspecto importante do estudo foi que, apesar da orientação ao paciente quanto à sua condição de saúde e quanto ao tratamento não terem sido associados igualmente na população total e entre gênero, é relevante que essas ações sejam realizadas com o efetivo entendimento pelos indivíduos. Essas condutas podem influenciar na adesão ao tratamento pelo paciente, e esse achado precisa de mais investigações para se estabelecer uma relação de causalidade da falta de conhecimento e/ou entendimento e a diminuição do número de medicamentos utilizados.

Observou-se influência negativa da utilização de medicamentos na QV dos indivíduos, sendo que o uso de medicamentos afetou mais a QV geral e o domínio físico, e, em ambos, os ansiolíticos foram associaram-se à pior QV. Ações promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores do SUS podem beneficiar os indivíduos e ter reflexo positivo na QV, devendo ser priorizadas pelos atores envolvidos no cenário da APS, que é a porta de entrada no SUS. O aprimoramento de políticas públicas para uso de medicamentos em mulheres, idosos, indivíduos sem ocupação, com doenças crônicas e pior saúde autorreferida se faz necessário para a promoção do uso racional de medicamentos e melhoria na autopercepção da condição de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

Conclui-se, portanto, que o estudo das características individuais associadas à utilização de medicamentos aponta os grupos que podem utilizar mais

medicamentos, e que a influência negativa dessa utilização na QV tem aspectos multidimensionais, envolvendo os efeitos adversos do uso de medicamentos, a percepção de estar doente e a diminuição da autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Risco de intoxicação com analgésicos e antitérmicos. Informe SNVS/Anvisa/UFARM nº 2, de 25 de fevereiro de 2002.

AGUIAR, C. C. T. *et al.* Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 931-939, ago. 2008.

ALMEIDA P.F.; FAUSTO M.C.R; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84–95, set. 2011.

AOYAMA L. M.; MARQUES I. R. Qualidade de vida de portadores de Artrite Reumatóide. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 85-91. 2012.

ARAUJO, C. M. C.; MAGALHÃES, S. M. S.; CHAIMOWICZ, F. Uso de medicamentos inadequados e polifarmácia entre Idosos do Programa Saúde da Família. **Lat. Am. J. Pharm.**, Buenos Aires, v. 29, n. 2, p.178-174, set. 2010.

AREIAS M. E. G. *et al.* Living with CHD: quality of life (QOL) in early adult life. **Cardiol. Young.**, Hong Kong, v. 24, s. 2, p. 60-65, out. 2014.

ARRAIS P. S. P. *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, nov./dez. 2005.

AZEVEDO A.L.S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, set. 2013.

BALDONI, A. O. *et al.* Pharmacoepidemiological profile and polypharmacy indicators in elderly outpatients. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 443-452, jul./set. 2013.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPic=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=7481> Acesso em: 23 mai. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Índice de vulnerabilidade à saúde 2012**. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=151852&chPlc=151852&&pldPlc=&app=salanoticias>> Acesso em: 13 out. 2014.

BERTAKIS, K. D. *et al.* Gender differences in the utilization of health care services. **J. Fam. Pract.**, Nova York, v. 49, n. 2, p. 147-152, fev. 2000.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-38, abr. 2004.

BERTOLDI A. D. *et al.* Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, v. 89, n. 3, p. 295-302, mar. 2009.

BRAGA L. S. *et al.* Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2307-2315, dez. 2010.

BRAGA, M. C. P. *et al.* Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011a. 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS DE A a Z, Garantindo saúde nos municípios**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011b. 148 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília, 2012. 114 p.

BRASIL. Portal Brasileiro de Dados Abertos. **Unidades Básicas de Saúde**. 2013. Disponível em: < <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>> Acesso em 23 abr. 2015

BRASIL. Plataforma de Indicadores. Quantidade de Unidades Básica de Saúde (UBS) em funcionamento. 2015. Disponível em: <[http://pgi.gov.br/pgi/indicador/dashboard/iniciar?id=2190&nome=Quantidade%20de%20Unidades%20B%C3%A1sica%20de%20Sa%C3%BAde%20\(UBS\)%20em%20funcionamento](http://pgi.gov.br/pgi/indicador/dashboard/iniciar?id=2190&nome=Quantidade%20de%20Unidades%20B%C3%A1sica%20de%20Sa%C3%BAde%20(UBS)%20em%20funcionamento)> Acesso em 23 abr. 2015

CAMPOS, L. N.; CESAR, C. C. GUIMARAES, M. D. C. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. **Clinics**, São Paulo, v. 64, n. 9, p. 867-875. 2009.

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

CAPILHEIRA, M. F; SANTOS, I. S. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 436-443, Jun. 2006.

CARR A. J.; THOMPSON P. W.; KIRWAN J. R. Quality of life measures. **Br. J. Rheumatol.**, London, v. 35, n. 3, p. 275-281. 1996.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção Da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CARVALHO, J. M.; MAGARINOS-TORRES, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estudos de utilização de medicamentos em hospitais brasileiros: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 2, p. 77-82. 2007.

CARVALHO, M. V. *et al.* A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 164-174, fev. 2013.

CASTRO C. G. S. O. (Coord.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/zq6vb/pdf/castro-9788575412657.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015

CASTRO P. C.; DRIUSSO P.; OISHI J. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 63-67, fev. 2014.

CECCATO M. G. B. *et al.* Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, set./out., 2004.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Uso de medicamentos por idosos de Juiz de Fora: um olhar sobre a polifarmácia. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 305-313, jul./set. 2012.

COSTA K. S. Use of medication and associated factors: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 649-658, abr. 2011.

DAL PIZZOL T. S. *et al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114, jan. 2012.

DANTAS R. A. S.; SAWADA N. O.; MALERBO M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014.

DOGAR I. A. *et al.* Comparison of quality of life among cardiac, hepatic, cancer, and dermatological patients. **JPMA J. Pakistan. Med. Assoc.**, Karachi; v. 62, n. 3, p. 232-235. mar. 2012.

DOUBOVA S. V.; MINO-LEÓN D.; PÉREZ-CUEVAS R. Linking quality of healthcare and healthrelated quality of life of patients with type 2 diabetes: an evaluative study in

Mexican family practice. **Int. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 25, n. 6, p. 664-672, set. 2013.

ERICKSON S. R.; WILLIAMS B. C.; GRUPPEN L. D. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal controls. **J. Hum. Hypertens.**, Houndmills, v. 15, n. 8, p. 539-548, ago. 2001.

FAL A.M. *et al.* Type 2 diabetes quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic medication. **Acta diabetol**, Berlim, v. 48, n. 3, p. 237–242, set. 2011.

FALEIROS, V. P. *et.al.* Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia em Participativa. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

FAYERS P. M.; MACHIN, D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000. 404 p.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, aug. 2009.

FLECK *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.21 n.1 São Paulo Jan./Mar. 1999a

FLECK *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n.2, p. 198-205, abr. 1999b.

FLECK M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000.

FLECK M. P. A.; CHACHAMOVICH E.; TRENTINI C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793- 799, dez. 2003.

FLECK M.P.A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.

FLEITH, V. D. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, s. 0, p. 755-762, abr. 2008.

GALVÃO T. F. *et al.* Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross-sectional, population-based study. **Pharmacoepidemiol. Drug Saf**, Chichester, v. 23, n. 5, p.507–514, mai. 2014.

GANESH, K. S.; MAJUMDAR A.; PAVITHRA, G. Quality of life (qol) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in Urban Puducherry, India. **J. Clin. Diagn. Res.**, Puducherry, v. 8, n. 1, p. 54-57, jan. 2014.

GIL C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOULART F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; 2011

HA T. H. *et al.* Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. **BMC Public Health**, London, v. 14, p. 833, ago. 2014

HAROON N. *et al.* Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. **Mod Rheumatol**, Tokyo, v. 17, n. 4, p. 290–295, ago. 2007.

HEIDEMANN, I. M. W.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Rev Ciência e Saúde Col**, cidade, v. 19, n. 8, p. 3553-3559. 2014 Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13498>. Acesso em 24 abr 2014.

HORTA P. M. *et al.* Quality of life among overweight women with chronic non-communicable diseases. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 121-129, dez. 2013.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2013**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/notastecnicas.pdf> Acesso em: 30 abr 2015

Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1962.

KESHAVARZI S. *et al.* Quality of life of childbearing age women and its associated factors: an application of seemingly unrelated regression (SUR) models. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 22, n. 6, p. 1255–1263-2013, ago. 2013.

KIM J. Y. *et al.* Association of sleep dysfunction and emotional status with gastroesophageal reflux disease in Korea. **J. Neurogastroenterol. Motil.**, v. 19, n. 3, p. 344-354, jul. 2013

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Rev Salus-PR**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.

KLUTHCOVSKY A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, s. 0. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007>. Acesso em: 30 abr. 2014.

KRSKA J. *et. al.* Issues potentially affecting quality of life arising from long-term medicines use: a qualitative study. **Int. J. Clin. Pharm**, v. 35, n. 6, p. 1161-1169, dez. 2013.

LANDEIRO G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, out. 2011.

LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.

LEITE S N; VASCONCELLOS M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, jul. 2003.

LEITE S. N.; VIEIRA M.; VEBER A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, s. 0, p. 793-802, abr. 2008 .

LINJAKUMPU T. *et al.* Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 55, n. 8, p. 809-817. ago. 2002.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 55-62, fev. 2002.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, abr. 2005.

MEEBERG A. G. Quality of life: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 18, n. 1, p. 32-38, jan. 1993.

MELLO G. A.; FONTANELLA B. J.; DEMARZO M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MELO D. O.; RIBEIRO E.; STORPIRTIS S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **RBCF**, v. 42, n. 4, p. 475-478. out./dez. 2006.

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297- 2305, ago. 2010.

MINAYO M. C. S.; HARTZ Z. M. A.; BUSS P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18. 2000.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde Da Família. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

NEUTEL C. I.; WALOP W. Drug utilization by men and women: why the differences? **Drug Inf. J.** Philadelphia, v. 39, n. 3, p. 299–310, jul. 2005.

NICOLSON P.; ANDERSON P. The patient's burden: physical and psychological effects of acute exacerbations of chronic bronchitis. **J. Antimicrob. Chemother.**, cidade. v. 45, p. 25-32, mar. 2000.

NIEDERAUER K. G. *et al.* Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 29, n. 3, p. 271-278, set. 2007.

OENNING D.; OLIVEIRA B. V.; BLATT C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, jul. 2011.

OLIVEIRA S. E. *et al.* Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1437-48, jul. 2013.

OPAS. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines.** Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. Publicación Científica, n.93.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília; 2003. 105 p.

OMS. **Envelhecimento Ativo:** Uma Política de Saúde. Brasília, 2005. 62 p.

PAIM J. *et al.* O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet.** 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf > Acesso em: 17 mai. 2014.

PAIVA C. H. A.; TEIXEIRA L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014 .

PEREIRA D. C.; OLIVEIRA K R; ZAGO, D. Perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados numa Unidade Básica De Saúde (UBS) do município de Ijuí/Rs. **Ver. Contexto e Saúde**, v. 10, n. 19. 2010.

PEREIRA R. J. *et al.* Influência de fatores sociosanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun. 2011.

PEREIRA, V. O. M. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1546-1558, ago. 2012.

PODESTÁ M. H. M. C. *et al.* Qualidade de vida dos usuários da atenção primária à saúde: perfil e fatores que interferem. **Rev. Univ. Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 316-326, ago./dez. 2013.

PORTELA, A. S. *et al.* Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 341-350, abr./jun. 2012.

RAMALHO J. R. O. *et al.* Nível de atividade física e fatores associados ao sedentarismo em usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 426-432, abr./jun. 2014

RANJANA G. *et al.* The sociodemographic, clinical and pharmacotherapy characteristics influencing quality of life in patients with epilepsy: A cross-sectional study. **J. Neurosci. Rural Pract.**, v. 5, s. 1, p. 7-12, nov. 2014.

REDONDO-SENDINO A. *et al.* Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. **BMC Public. Health.**, London, v. 6, n. 155, jun. 2006.

RIBEIRO, A. Q. *et al.* Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 724-32, ago. 2008.

ROQUE, M. N.; FORONES, N. M. Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. **Arq Gastroenterol.** São Paulo, v. 43, n.2, p. 94-101, abr./jun. 2006.

ROTHENBERGER A. *et al.* An observational study of once-daily modified-release methylphenidate in ADHD: quality of life, satisfaction with treatment and adherence. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Darmstadt, v. 20, s. 2, p. 257-265, out., 2011.

ROZENFELD S.; VALENTE J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 115-123, jun. 2004.

SAJID M. S.; TONSI A.; BAIG M. K. Health-related quality of life measurement. **Int. J. Health Care Qual. Assur.**, Bradford, v. 21, n. 4, p. 365-373. 2008.

SALVATO K. F. Análise da influência da farmacoterapia sobre a qualidade de vida em idosos com osteoartrite. **Rev. Bras. Reumatol.**, Campinas, v. 55, n. 1, p. 83–88, jan./fev. 2015.

SANTOS A. C. D. et al. Qualidade de vida e uso de medicamentos por idosos pertencentes ao grupo da “Melhor Idade” da Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires de Valparaíso de Goiás. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 414-420. 2013.

SANTOS V.; NITRINI S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-826, dez. 2004.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 206-9. 2000.

SEIDL E. M. F.; ZANNON C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004.

SILVA A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1033-1045, jun. 2012a.

SILVA D. M. G. V. et al. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 5, p. 562-567, set./out. 2002

SILVA G. O. B. et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 386-395, jun. 2012b.

SILVA Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003 - 2008. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011

SILVEIRA L. M. C.; RIBEIRO Vi. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev. 2005

SOUSA L. M. et. al. Perfil dos usuários atendidos em uma unidade básica de saúde em Ananindeua (Para-Brasil). **Rev. Ciênc. Saúde**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 50-58, jul./dez. 2011.

SPSS 22.0. IBM SPSS Statistics. Version 22.0.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mai. 2014.

STIVAL M. M. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 395-405. 2014.

SUMAR N.; FAUSTO M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212. 2014

TAVARES D. M. S. *et al.* Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev Latinoam Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 515-522, mar./abr. 2013.

TEIXEIRA F. M. *et al.* Quality of life experienced by adolescents and young adults with congenital heart disease. **Pediatr. Cardiol.**, Nova York, v. 32, n.8, p. 1132–1138, dez. 2011.

TESTA M. A.; SIMONSON D. C. Satisfaction and quality of life with premeal inhaled versus injected insulin in adolescents and adults with type 1 diabetes. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 30, n. 6, p. 1399-1405, jun. 2007.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc. Sci. Med.**, v. 46, n. 12, p.1569-85. 1998a.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychol. Med.**, [S.I.], v. 28, n. 3, p. 551-8, 1998b.

TRAVASSOS C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características, familiares e condição social. **Rev. Panam. Salud. Pública**, Washington, v. 11, n. 5-6, p. 365-373, mai./jun. 2002.

TREVISOL D. J. et al. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. **J. Hum. Hypertens**, Houndmills, v. 26, n. 6, p. 374-380, jun. 2012.

TRUTER, I. A Review of Drug Utilization Studies and Methodologies. **Jordan Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 1, n. 2, p. 91-104. 2008.

VAGETTI G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, mai. 2013.

VIEIRA F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007

WANNMACHER, L. **Conduas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, p. 9-14, 2012

WHO. **WHOQOL User Manual**. Geneva, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

WHO. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

WHO. WHO Policy Perspectives on Medicines — **Promoting rational use of medicines: core componentes**. Geneva, [s.n.], 2002.

WHO. **Introduction to Drug Utilization Research**. Oslo, Norway, 2003. 48 p.

WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. **Purpose of the ATC/DDD system**. Oslo, out. 2009. Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_methodology/purpose_of_the_atc_ddd_system> Acesso em: 10 nov. 2014.

YABROFF K. R. *et al.* Health Limitations and Quality of Life Associated With Cancer and Other Chronic Diseases by Phase of Care. **Med. Care**, Philadelphia, v. 45, n. 7, p. 629-637, jul. 2007.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre qualidade de vida relacionada à saúde que tem o título: “*Qualidade de vida e perfil de saúde dos indivíduos atendidos em quatro Unidades Básicas de Saúde em Belo Horizonte*”. Os avanços na área de saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso sua participação é muito importante. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vidas das pessoas atendidas em quatro Centros de Saúde (Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova) e analisar fatores associados a esta qualidade de vida, como a condição de saúde, características sócio-demográficas, estilo e hábitos de vida, saúde bucal e uso de medicamentos. Caso você participe da pesquisa, será necessário responder ao questionário da entrevista. Também serão feitas algumas medidas tais como peso, altura, circunferências da cintura e do quadril. O questionário e as medidas são completamente seguros e não provocarão nenhum desconforto. Se você tiver a(s) doença(s) chamada diabetes e ou hipertensão, será perguntado sobre sua condição clínica, sobre seu conhecimento da doença e sobre seu tratamento. Também será medida a sua pressão arterial se você tiver hipertensão, e se tiver diabetes, será coletado seu último resultado de hemoglobina glicada (Hb A1C) registrada no seu prontuário médico, assim como confirmar os medicamentos que o senhor (a) toma. O principal desconforto é a necessidade de responder algumas perguntas do questionário. Você poderá ler todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Os benefícios esperados são uma adequada análise da qualidade de vida relacionada à saúde, visando um melhora nas ações de promoção de saúde da população. Desde já agradeço a sua atenção e colaboração.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo que os pesquisadores tenham acesso ao meu prontuário a fim de coletarem informações sobre os medicamentos que o médico me prescreveu. Eu concordo

voluntariamente em participar deste estudo. Declaro que obtive de forma voluntária o **Consentimento Livre e Esclarecido** para participação neste estudo. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Assinatura do participante: _____

Número de identificação: _____ RG ou CPF: _____

BH, (data): _____ Assinatura _____

Nome do entrevistador ou do responsável legal: _____

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Responsáveis pelo Estudo:

- Maria das Graças Braga Ceccato (tel:31-3409 6843) professora do curso de Farmácia da UFMG (Coordenadora)
- Hans Joachim Menzel (tel: 31-34092325) professor do curso de Educação Física da UFMG;
- Christina Danielli Coelho de Morais Faria (3409-7448), professora do curso de Fisioterapia da UFMG
- Claudia Lins Cardoso (tel:340995027) professora do curso de Psicologia da UFMG;
- Micheline Rosa da Silveira (tel:31-3409 6397) professora do curso de Farmácia da UFMG
- Marina Guimarães Lima (tel:31-3409 6844) professora do curso de Farmácia da UFMG
- Comitê de Ética e Pesquisa - COEP (tel.: 3409-4592). UFMG – Av. Antônio Carlos, 6627 Campus Pampulha - Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005.
- Comitê de Ética e Pesquisa - CEP/SMA/PBH (tel.: 32775309 FAX 32777768). Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários Belo Horizonte CEP 30130-007 coep@pbh.gov.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o COEP-COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFMG - FONE:31 3409-4592 CAMPUS PAMPULHA, AV. ANTÔNIO CARLOS 6627, UNIDADE ADMINISTRATIVA II, 2º ANDAR, SALA 2005, CEP:31270-901 BELO HORIZONTE- MG.

ANEXO B – Cadastro Inicial

Número da ordem:

Número de Identidade:

*“QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE DOS
INDIVÍDUOS ATENDIDOS EM QUATRO UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE”*

Projeto ProVida

**CADASTRO INICIAL
MANUAL DE CODIFICAÇÃO**

PROFESSORES PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Maria das Graças Braga Ceccato

Claudia Lins Cardoso

Christina Danielli Coelho de Moraes Faria

Hans Joachim Karl Menzel

Marina Guimarães Lima

Micheline Rosa da Silveira

Pro-Saúde/PET-Saúde III

INSTITUIÇÕES:

***UFMG/PMBH/UBS Cafezal/UBS Primeiro de Maio/UBS Venda Nova/UBS Leopoldo
Crisóstomo***

Número da ordem: _____

Número de Identidade: _____

CADASTRO DO PACIENTE		
	"ATENÇÃO ESTA FOLHA NÃO SERÁ DIGITADA"	
NOME:	_____	_____
NÚMERO DE PRONTUÁRIO:	_____	PRONT
EMAIL:	_____	EMAIL
ENDEREÇO:	_____	END
NÚMERO:	_____	NUM
COMPLEMENTO:	_____	COMPL
BAIRRO:	_____	BAIRRO
CIDADE:	_____	CIDADE
ESTADO:	_____	ESTADO
CEP:	_____	CEP
TELEFONE 1:	_____	TEL
ENDEREÇO:	_____	END
CIDADE DE NASCIMENTO:	_____	CIDNASC
ESTADO DE NASCIMENTO:	_____	ESTNASC
AUTORIZA CONTATO POR TELEFONE?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 7. <input type="checkbox"/> NS 9. <input type="checkbox"/> IGN	_____

NOME E ASSINATURA DO ENTREVISTADOR: _____

CÓDIGO DO ENTREVISTADOR: / / / / /

CODENT1
CODENT2
DATAENT

Número da ordem: _____		Número de Identidade: _____	
IDENTIFICAÇÃO	_____		IDENT ORDEM
UNIDADE DE ATENDIMENTO	1. <input type="checkbox"/> UBS Cafezal 2. <input type="checkbox"/> UBS Leopoldo Crisóstomo 3. <input type="checkbox"/> UBS Primeiro de Maio 4. <input type="checkbox"/> UBS Venda Nova		UBS
SEXO:	1. <input type="checkbox"/> FEMININO 2. <input type="checkbox"/> MASCULINO 9. <input type="checkbox"/> IGN		SEXO
RAÇA OU COR:	1. <input type="checkbox"/> AMARELA 2. <input type="checkbox"/> BRANCA 3. <input type="checkbox"/> INDÍGENA 4. <input type="checkbox"/> PARDA 5. <input type="checkbox"/> PRETA 9. <input type="checkbox"/> IGN		COR
DATA DE NASCIMENTO: IDADE COMPLETA EM ANOS	___/___/___		NASC IDADE
MOTIVO QUE VEIO AO SERVIÇO HOJE:	1. <input type="checkbox"/> Atendimento agendado / marcado (consulta médica ou de enfermagem, coleta de exames, grupo etc.) 2. <input type="checkbox"/> Atendimento NÃO agendado / NÃO marcado ("fora do dia", pronto atendimento, demanda espontânea) 3. <input type="checkbox"/> Apenas para pegar remédios na farmácia 9. <input type="checkbox"/> IGN		MOTIV
FUMA OU RESIDE COM FUMANTE?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 9. <input type="checkbox"/> IGN		V8
ALGUMA VEZ NA VIDA, UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE DISSE QUE VOCÊ TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 7. <input type="checkbox"/> NS 9. <input type="checkbox"/> IGN		V9
SE SIM, QUAL (QUAIS)?	_____		V10
ATUALMENTE, VOCÊ FAZ USO DE MEDICAMENTO OU SUPLEMENTO?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO 9. <input type="checkbox"/> IGN		V11
SE SIM, QUAL (QUAIS)?	_____		V12

CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DA PESQUISA		
CONCORDOU EM PARTICIPAR DA PESQUISA?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO	V13
SE NÃO, QUAL O MOTIVO?	_____	V14
ASSINOU O TERMO DE CONSENTIMENTO?	1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO	V15

ANEXO C – Formulário A

<i>Número da ordem:</i>	<i>Número de Identidade:</i>
-------------------------	------------------------------

**“QUALIDADE DE VIDA E PERFIL DE SAÚDE DOS
INDIVÍDUOS ATENDIDOS EM QUATRO UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE”**

Projeto ProVida

FORMULÁRIO A MANUAL DE CODIFICAÇÃO

PROFESSORES PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Maria das Graças Braga Ceccato
Claudia Lins Cardoso
Christina Danielli Coelho de Moraes Faria
Hans Joachim Karl Menzel
Marina Guimarães Lima
Micheline Rosa da Silveira

Pro-Saúde/PET-Saúde III

INSTITUIÇÕES:

**UFMG/PMBH/UBS Cafezal/UBS Primeiro de Maio/UBS Venda Nova/UBS Leopoldo
Crisóstomo**

Número da ordem: _____

Número de Identidade: _____

PARTE A- DADOS SOCIODEMOGRAFICOS		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGO UBS: _____ Número ORDEM: _____ Número de Identificação na pesquisa (IDENT): _____	UBS ORDEM IDENT
ESTÁ GRÁVIDA (se feminino)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 8. <input type="checkbox"/> NA 9. <input type="checkbox"/> IGN	GRAVD
ESTADO CONJUGAL:	1. <input type="checkbox"/> Casado(a) 2. <input type="checkbox"/> Desquitado/divorciado/separado(a) 3. <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 4. <input type="checkbox"/> Viúvo(a) 5. <input type="checkbox"/> "União" 9. <input type="checkbox"/> IGN	CONJUG
ESCOLARIDADE:	1. <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever 2. <input type="checkbox"/> Alfabetização de adultos 3. <input type="checkbox"/> Nenhuma/Primário incompleto = Até 3ª série fundamental 4. <input type="checkbox"/> Primário completo / Ginásial incompleto = Até 4ª série fundamental 5. <input type="checkbox"/> Ginásial completo / Colegial incompleto = Fundamental completo 6. <input type="checkbox"/> Colegial completo = Médio completo 7. <input type="checkbox"/> Superior incompleto 8. <input type="checkbox"/> Superior completo 9. <input type="checkbox"/> IGN	ESCOL
RENDA PRÓPRIA NOS ÚLTIMOS 6 MESES	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	RENDA
EMPREGO ATUAL	1. <input type="checkbox"/> Afastado(a) por doença ou aposentado(a) 2. <input type="checkbox"/> Autônomo(a) (ou faço "bicos") 3. <input type="checkbox"/> Com salário fixo ou temporário 4. <input type="checkbox"/> Desempregado(a) 5. <input type="checkbox"/> Empregador(a) 6. <input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas anteriores 9. <input type="checkbox"/> IGN	EMPREG
LOCAL DE RESIDÊNCIA	1. <input type="checkbox"/> Apartamento 2. <input type="checkbox"/> Asilo/clínica geriátrica 3. <input type="checkbox"/> Barraco 4. <input type="checkbox"/> Casa 5. <input type="checkbox"/> Quarto 6. <input type="checkbox"/> Outro 9. <input type="checkbox"/> IGN	LOCAL
QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ NA SUA CASA:	_____	V22

Número da ordem: _____

Número de Identidade: _____

PARTE B- QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAUDE –WHOQOL-bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	NQR	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V23
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NQR	
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V24
As questões seguintes são sobre o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.							
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	NRQ	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V25
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V26
5. O quanto você aproveita a vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V27
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V28
7. O quanto você consegue se concentrar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V29
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V30
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V31

Número da ordem: _____

Número de Identidade: _____

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	NQR	
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V32
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V33
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V34
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V35
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V36

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	NQR	
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V37
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NQR	
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V38
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V39
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V40
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V41
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V42

Número da ordem: _____

Número de Identidade: _____

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NQR	
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V43
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V44
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V45
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V46
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V47
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.							
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	NQR	
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	V48

Número da ordem: _____		Número de Identidade: _____	
PARTE C- HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA			
VOCÊ FUMA (CIGARRO, CACHIMBO, FUMO DE CORDA) OU JÁ FUMOU ALGUMA VEZ NA VIDA?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> NÃO 9. <input type="checkbox"/> IGN		V49
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS?	1. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos 3. <input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana 8. <input type="checkbox"/> NA 9. <input type="checkbox"/> IGN		V50
Quantas doses de álcool você consome num dia normal? <i>(Uma dose de álcool significa: 1 lata de cerveja; 1 dose de conhaque ou uísque; 1 taça de vinho; 1 dose de aperitivo; 1 copinho de pinga, cachaça ou caipirinha)</i>	1. <input type="checkbox"/> 0 ou 1 dose 2. <input type="checkbox"/> 2 ou 3 doses 3. <input type="checkbox"/> 4 ou 5 doses 4. <input type="checkbox"/> 6 ou 7 doses 5. <input type="checkbox"/> 8 doses ou mais 8. <input type="checkbox"/> NA 9. <input type="checkbox"/> IGN		V51
Considerando o último mês, você fez exercícios físicos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> NÃO 9. <input type="checkbox"/> IGN Tipo de exercício: _____ Duração do exercício/dia (em minutos): _____		V52A V52B V52C
SE SIM, quantas vezes por semana?	1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 3. <input type="checkbox"/> 4 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> 5 vezes ou mais por semana 8. <input type="checkbox"/> NA 9. <input type="checkbox"/> IGN		V53
DADOS ANTROPOMÉTRICOS			
Peso atual: _____ kg			V54
Altura: _____ m			V55
IMC: _____ kg/m ²			V56
Circunferência da Cintura: _____ cm			V57
Circunferência Quadril (CQ): _____ cm			V58
Razão Cintura/Quadril (RCQ): _____			V59

Número da ordem: _____		Número de Identidade: _____	
PARTE D- CONDIÇÕES DE SAÚDE AUTO-REFERIDA			
Em geral, o senhor(a) diria que a sua saúde é:	1. <input type="checkbox"/> Excelente 2. <input type="checkbox"/> Muito Boa 3. <input type="checkbox"/> Boa 4. <input type="checkbox"/> Razoável 5. <input type="checkbox"/> Ruim 9. <input type="checkbox"/> IGN	V60	
Alguma vez na vida, um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças:			
Diabetes	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V61	
Pressão alta	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V62	
Artrite, artrose ou reumatismo	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V63	
Infarto	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V64	
Asma	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V65	
Bronquite	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V66	
Depressão	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V67	
Doenças do coração	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V68	
Problemas de visão	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V69	
Insuficiência renal crônica	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V70	
Problemas de saúde bucal	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V71	
Se outras doenças, especificar:	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN _____	V72A V72B	
Alguma vez na vida, um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve:			
Colesterol alto	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V73	
Triglicérides alto (<i>gordura no sangue</i>)	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 9. <input type="checkbox"/> IGN	V74	

Número da ordem: _____		Número de Identidade: _____	
PARTE E- PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
<i>Nas próximas perguntas, vamos falar sobre qualquer remédio que o(a) Sr.(a) tenha usado nos últimos 15 dias. Pode ser medicamento para dor de cabeça, pressão alta, pílula, ou qualquer outro medicamento que use sempre ou só de vez em quando.</i>			
Nos últimos 15 dias, o(a) sr.(a) usou algum medicamento?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
Se SIM, faça as perguntas abaixo:			
Qual foi o número de medicamentos diferentes que você usou?	_____		V76
Quais são? (Anote quais)	_____ _____ _____		V77A V77B V77C V77D V77E V77OUTROS
A resposta foi dada por:	1. <input type="checkbox"/> Auto-relato 2. <input type="checkbox"/> Paciente consultou os medicamentos em mãos (ou caixas) 3. <input type="checkbox"/> Paciente consultou a receita em mãos 4. <input type="checkbox"/> Paciente consultou anotações em papéis 5. <input type="checkbox"/> Paciente consultou uma nova prescrição originada na consulta do dia da entrevista		V77F

PARTE F- CARACTERÍSTICAS RELACIONADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Nos últimos 15 dias, você esteve acamado por motivo de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
De um ano para cá, quantas vezes você consultou com um médico?	_____		V79
De um ano para cá, quantas vezes você veio a "este serviço" para consulta médica?	_____		V80
De um ano para cá, quantas vezes você esteve internado em um hospital?	_____		V81
Considere internado quando você dormiu no hospital pelo menos uma noite por motivo de saúde.			

Número da ordem: _____		Número de Identidade: _____	
Você está recebendo algum apoio tipo terapia individual, "neste serviço"?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
Se SIM, cite qual:	_____		
Além do atendimento do SUS, você tem algum plano de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
			V82 V83
			V84

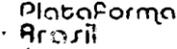
PARTE G- CARACTERÍSTICAS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE			
As perguntas abaixo se referem a este centro de saúde que você está sendo atendido:			
Qual é o seu nível de satisfação com o nível de atendimento dos profissionais de saúde neste centro de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Médio
	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente	V85
Você recebeu informações sobre sua condição de saúde de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, dentista, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
Se SIM, cite qual (ais) profissional (is) forneceu (eram) informações relacionadas com as condições de saúde	1. <input type="checkbox"/> Médico	2. <input type="checkbox"/> Enfermeiro	3. <input type="checkbox"/> Farmacêutico
	4. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	5. <input type="checkbox"/> Psicólogo	V86A
	6. <input type="checkbox"/> Educador físico	7. <input type="checkbox"/> Nutricionista	V86B
	8. <input type="checkbox"/> NA	9. <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo	10. <input type="checkbox"/> Dentista
		11. <input type="checkbox"/> Outros	
Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu deste(s) profissional(is) de saúde, como você entendeu o que foi dito	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Médio
	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Tudo	10. <input type="checkbox"/> NQI
Você recebeu informações sobre seu tratamento de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, dentista, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	9. <input type="checkbox"/> IGN
			V88A

Número da ordem: _____	Número de Identidade: _____
------------------------	-----------------------------

Se SIM, cite qual (ais) profissional (is) forneceu (eram) informações sobre seu tratamento	1. <input type="checkbox"/> Médico 2. <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3. <input type="checkbox"/> Farmacêutico 4. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta 5. <input type="checkbox"/> Psicólogo 6. <input type="checkbox"/> Educador físico 7. <input type="checkbox"/> Nutricionista 9. <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo 10. <input type="checkbox"/> Dentista 11. <input type="checkbox"/> Outros 8. <input type="checkbox"/> NA	V88B
Em relação a essa(s) orientação(ões) que recebeu deste(s) profissional(is) de saúde, como você entendeu o que foi dito:	1. <input type="checkbox"/> Nada 2. <input type="checkbox"/> Pouco 3. <input type="checkbox"/> Médio 4. <input type="checkbox"/> Muito 5. <input type="checkbox"/> Tudo 10. <input type="checkbox"/> NQI	V89
NOME E ASSINATURA DO ENTREVISTADOR _____ CÓDIGO DO ENTREVISTADOR _____ DATA DA ENTREVISTA ____/____/____		CODENT1A CODENT2A DATAENTA

SE O ENTREVISTADO RELATAR TER DIABETES E/OU HIPERTENSAO APLICAR O FORMULÁRIO B

ANEXO D – Parecer COEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e perfil de saúde dos indivíduos atendidos em quatro Unidades Básicas de Saúde em Belo Horizonte

Pesquisador: Maria das Graças Braga Ceccato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11239213.0.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Farmácia ((UFMG))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 237.135

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto da Farmácia Social com início da coleta de dados prevista para Maio/2013.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em indivíduos adultos e idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Cafezal, Leopoldo Crisóstomo, Primeiro de Maio e Venda Nova, em Belo Horizonte, caracterizar o perfil de saúde e determinar os fatores associados a essa qualidade de vida. Será realizado um estudo observacional do tipo corte transversal, quantitativo, realizado em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos nos quatro centros de saúde, no período de abril de 2013 a agosto de 2015. Serão coletados dados referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e sobre características sócio-demográficas, econômicas, de estilo de vida, clínico-funcionais, utilização de medicamentos, características relacionadas ao serviço de saúde e características relacionadas aos profissionais de saúde. A coleta dos dados será obtida por meio de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, que terá como objetivo obter informações referentes às características sócio demográficas, econômicas, estilo de vida, clínico-funcionais, morbidades, utilização de medicamentos, seguimento terapêutico, serviços de saúde e profissionais de saúde. Também serão aplicados questionários validados para avaliar consumo de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Plataforma
Brasil

qualidade de vida, bebida alcoólica, capacidade funcional, adesão à terapia, e saúde bucal. Serão realizadas medidas antropométricas.

Serão consultados os prontuários dos pacientes das UBS para coleta de dados adicionais sobre características sócio demográficas, clínico-funcionais, morbidades, utilização de serviços de saúde e de medicamentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com a presente pesquisa, espera-se o fomento de práticas de promoção da saúde nos centros de saúde envolvidos. A coleta de dados será realizada nos ambientes dos centros de saúde a serem disponibilizados pela gerência dos Centros de Saúde. Os dados analisados serão apresentados de forma agregada e nenhuma característica de identificação de qualquer participante constará na descrição dos resultados. Os riscos são mínimos. O resultado do projeto será retornado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e aos Distritos Sanitários e Centros de Saúde envolvidos mediante relatórios, divulgação em artigos científicos, eventos científicos e material educativo. Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometeram a utilizar os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para cumprir os objetivos do protocolo apresentado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto meritório e relevante, poderá contribuir no planejamento das ações de atendimento nas UBS. O TCLE utiliza linguagem clara e adequada e fornece todas as informações necessárias aos sujeitos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes folha de rosto, termo de compromisso do pesquisador, parecer consubstanciado aprovado pela Câmara Departamental, TCLE, termos de anuência das UBS envolvidas na pesquisa, termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde, modelo das fichas de coleta de dados, protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

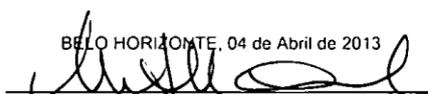
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Plataforma
Brasil

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 04 de Abril de 2013



Assinador por:

Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005

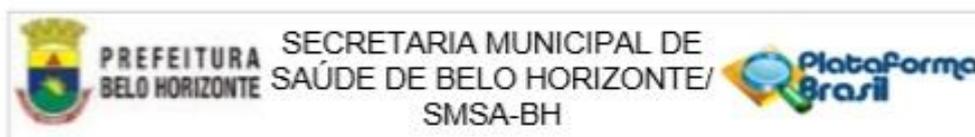
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e perfil de saúde dos indivíduos atendidos em quatro Unidades Básicas de Saúde em Belo Horizonte

Pesquisador: Maria das Graças Braga Ceccato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11238213.0.0000.5149

Instituição Proponente: Faculdade de Farmácia (UFMG)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 267.176

Data da Relatoria: 30/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional do tipo corte transversal, quantitativo, realizado em indivíduos adultos e idosos, atendidos em quatro UBS Cafezal (Distrito

Centro-Sul), Primeiro de Maio (Distrito Norte), Venda Nova (Distrito Venda Nova) e Leopoldo Crisóstomo (Distrito Nordeste) no município de Belo Horizonte, no período de abril de 2013 a agosto de 2015.

Serão coletados dados referentes à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e sobre características sócio-demográficas, econômicas, de estilo de vida, clínico-funcionais, utilização de medicamentos, características relacionadas ao serviço de saúde e características relacionadas aos profissionais de saúde.

A coleta dos dados será obtida por meio de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas, que terá como objetivo obter informações referentes às características sócio demográficas, econômicas, estilo de vida, clínico-funcionais, morbidades, utilização de medicamentos, seguimento terapêutico, serviços de saúde e profissionais de saúde. Também serão aplicados questionários validados para avaliar consumo de qualidade de vida, bebida alcoólica, capacidade funcional, adesão à terapia, e saúde bucal. Serão realizadas medidas antropométricas. Serão consultados os prontuários dos pacientes

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO F - Comprovante de submissão do artigo científico ao periódico Revista de Saúde Pública

27/04/2015

RSP - Revista de Saúde Pública da USP



[Informações Gerais](#)
[Edição Atual](#)
[Busca](#)
[Instruções aos Autores](#)
[Corpo Editorial](#)
[Assinatura](#)
[Sites Correlatos](#)
[Fale Conosco](#)
[Submissão de Artigos](#)
[Sair](#)

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Consulta Artigos Enviados

Utilize esta tela para consultar os artigos enviados.

Em Avaliação:	Status
6326 - A utilização de medicamentos influencia a q...	Em avaliação na pré-análise

Ver
 Reformulação
 Alterar
 Avaliações/Comentários

[Logout](#)

[Voltar](#)

© Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
 Powered by - Periódico Online - MZO Interativa

Designed by **CABOVERDE**