

Ana Lúcia Soares de Azevedo

Doenças Crônicas e Qualidade de Vida na Atenção Primária à Saúde

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Novembro de 2011

Ana Lúcia Soares de Azevedo

Doenças Crônicas e Qualidade de Vida na Atenção Primária à Saúde

Projeto de pesquisa elaborado
para o Mestrado em Saúde e
Comportamento da UCPEL, sob
a orientação da Prof. Dr.
Luciana de Avila Quevedo.

Universidade Católica de Pelotas

Pelotas, Novembro de 2011

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que contribuíram para que este trabalho pudesse ser completo.

A professora Luciana Ávila Quevedo, minha orientadora, não há agradecimentos que cheguem. Pela sua dedicação, paciência, profissionalismo e a cordialidade com que sempre me recebeu.

À minha família, pela formação que me permitiu ter, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo, ao meu marido agradeço todo o meu amor, carinho, admiração, pela paciência e pelo companheirismo durante nossa caminhada, e pela presença incansável com que me apoiou ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio durante este período.

Sumário

I – Identificação.....	04
II – Delimitação do Problema	05
2.1 Introdução	05
2.2 Objetivos	06
2.3 Hipóteses	06
III – Revisão de Literatura	07
3.1 Estratégias de Busca	07
3.2 Fundamentação Teórica	07
IV – Métodos	11
4.1 Delineamento	11
4.2 Amostragem	11
4.3 Instrumentos	11
4.4 Definições das Variáveis	14
4.4.1. Variável Dependente (Desfecho)	14
4.4.2. Variáveis Independentes	14
4.5 Modelo Teórico Conceitual	15
4.6 Coleta de dados	16
4.7 Processamento e análise dos dados	16
4.8 Considerações éticas	16
V – Cronograma	17
VI – Orçamento	17
VII – Referências	18
VIII- Anexo A (Resumo dos artigos mais relevantes da revisão de literatura.....	21
IX- Instrumento.....	23

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Título: Doenças Crônicas e Qualidade de Vida na Atenção Primária à Saúde

1.2. Mestranda: Ana Lúcia Soares de Azevedo

1.3. Orientador: Prof. Dr. Luciana de Ávila Quevedo

1.4. Instituição: Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento -
Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

1.5. Linha de Pesquisa: Avaliação de serviços de saúde mental

1.6. Data: Novembro de 2011.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução:

O Sistema Único de Saúde (SUS) encaminha-se para a sua consolidação através do Pacto pela Saúde, que aponta como prioridade, entre outras, a qualificação da atenção primária como o modelo de atenção à saúde no Brasil¹. Os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social têm orientado a Atenção à Saúde Básica, definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva².

A atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos, tornando ineficaz a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade de vida global. É o nível de entrada da atenção à saúde que oferece desafios especiais, muitos dos problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e não relacionados a sistemas orgânicos específicos³.

Neste contexto estão inseridas as doenças crônicas que tem sido muito discutidas devido à importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e qualidade de vida (QV)⁴. A avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, pois fornece informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar aos programas de saúde para que implementem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida para os usuários na atenção primária a saúde^{5,6}.

Avaliação da qualidade de vida é complicada pelo fato de não haver definição universalmente aceita. Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente⁷. Em geral, pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. Doenças crônicas, tais como transtornos de ansiedade, depressão, insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial, diabetes, enxaqueca, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e doenças osteomusculares estão associadas com a QV diminuída^{8,9,10,11}.

A qualidade de vida em saúde é altamente discutida hoje, mas ainda existe necessidade de se continuar pesquisando este tema, principalmente associado a doenças crônicas para que se possam obter melhores resultados na prática clínica diária. Informações sobre a qualidade de vida de um indivíduo pode ser usada para monitorar o seu processo de tratamento, comparar diferentes estágios da doença e facilitar a tomada de decisão clínica e cuidados em saúde¹². Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida entre os usuários portadores de doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, mentais e osteomusculares) que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

2.2 Objetivos

Objetivo Geral

- Comparar as médias dos domínios da qualidade de vida entre os usuários portadores de doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, mentais e osteomusculares) e usuários sem doenças crônicas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Objetivos Específicos

- Verificar as médias de qualidade de vida dos usuários segundo dados como sexo, idade, viver com companheiro (a), escolaridade, classe socioeconômica, tabagismo e uso de álcool.
- Comparar as médias de qualidade de vida quanto aos domínios saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente dos usuários com e sem doenças crônicas.

2.3 Hipóteses

Visto que quanto mais altas as médias do WHOQOL-Bref, melhor a qualidade de vida, as hipóteses são as seguintes:

- Usuários portadores de doenças crônicas terão médias inferiores de QV às dos usuários sem doenças crônicas.
- Os usuários do sexo feminino terão médias de qualidade de vida menores em relação aos usuários do sexo masculino em todos os domínios.
- Os usuários mais jovens terão médias inferiores aos mais velhos nos domínios da qualidade de vida.

- Os usuários que vivem com companheiro (a) terão médias mais altas nos domínios de qualidade de vida.
- Usuários de classe socioeconômica mais baixa terão médias inferiores nos domínios de qualidade de vida.

III. REVISÃO DE LITERATURA:

3.1 Estratégias de busca:

As buscas foram realizadas em bases eletrônicas de dados, considerando o período de janeiro de 1990 a junho de 2011. As bases de dados consultadas foram Pubmed, Scielo e Lilacs. Os descritores utilizados na busca foram “*quality of life*”(AND)“*Chronic disease*”; “*quality of life*”(AND)“*asthma*”; “*quality of life*”(AND)“*cardiovascular disease*”; “*quality of life*”(AND)“*respiratory diseases*”; “*quality of life*”(AND)“*endocrine diseases*”; “*quality of life*”(AND)“*mental diseases*”, *quality of life (AND) primary care*. Os idiomas abrangidos foram inglês, italiano, espanhol e português. O processo de revisão dos estudos teve como critérios principais: o objetivo do estudo, o tipo de pacientes incluídos, ser artigo original de pesquisa desenvolvida com seres humanos, publicado em periódico indexado nas bases utilizadas, os desfechos analisados e o instrumento utilizado para a avaliação de desfechos. Os artigos considerados de maior relevância estão resumidos no quadro em anexo (ANEXO A).

3.2 Fundamentação Teórica

O desenvolvimento da atenção primária, ou atenção básica, como é chamada no Brasil, tem recebido muito destaque no SUS. A atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde, e tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos do cuidado. Este processo foi impulsionado pela descentralização e apoiado por programas inovadores, ações intersetoriais de promoção a saúde e prevenção de doenças^{13,14}.

O crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional e o contexto social de grupos étnicos e raciais menos favorecidos, expõe a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas. Junto a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida

transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos¹⁵.

Em 2006, o Brasil passou a focalizar mais as doenças crônicas; as novas políticas ampliaram a preocupação tradicional com o cuidado médico para ações de prevenção, promoção da saúde e ação intersetorial, após aprovação de uma ampla política de promoção de saúde. A política incluiu uma série de ações em articulação intersetorial e desenvolvimento de políticas, educação em saúde, monitoramento de doenças e de fatores de risco e fornecimento de atenção a saúde centrada em dietas saudáveis, atividade física, redução do tabagismo e do uso prejudicial de álcool, com transferência de recursos pelo Ministério da Saúde¹².

Doenças crônicas como cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, mentais e osteomusculares são as mais prevalentes entre aqueles que buscam serviço de atenção primária, e recaem especialmente sobre países de baixa e média renda, e é um problema de saúde mundial e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano¹⁶.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamentos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção das doenças cardiovasculares¹⁷.

Outra doença crônica comum e de incidência crescente é a diabetes que faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações. O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com diminuição importante na qualidade de vida. O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado a aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia¹⁸.

Doenças respiratórias crônicas (DRC) são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Afetam a qualidade de vida e podem

provocar incapacidade nos indivíduos, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família, geram sofrimento humano¹⁹.

Outro grave problema de saúde pública em atendimento médico primário são as doenças mentais que são reconhecidas por sua prevalência e por seu impacto no cotidiano de pacientes e familiares envolvidos. Além de ser prevalente e subdiagnosticada, a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente. Esse impacto não se restringe à sintomatologia da doença, mas também no prejuízo da qualidade de vida²⁰.

Pacientes com múltiplas condições crônicas ou comorbidades são a regra e não a exceção nos cuidados primários. As metas de atendimento de pacientes com uma condição crônica são melhorar o seu estado funcional, minimizar os sintomas, controlar a dor, reduzir a deficiência, e prolongar a vida através da prevenção secundária²¹. Os médicos de família, para atingir as metas nos cuidados de pacientes com comorbidades, precisam desenvolver uma parceria com os pacientes e estabelecer prioridades para atender às necessidades destes com o objetivo de manter uma boa qualidade de vida^{8,9}.

Qualidade de vida é uma medida freqüentemente utilizada nos cuidados de saúde, em avaliações clínicas de terapias, e no manejo clínico de casos individuais²². É cada vez mais utilizada para avaliar os resultados em estudos de pacientes com doenças crônicas^{21,23}.

Estudos sobre multimorbidade ou comorbidade tem documentado que a qualidade de vida influencia os resultados em muitas áreas dos cuidados de saúde^{8,9,21,22,23,24}. A medida da QV gera informações que podem ser usadas para rastreamento e identificação das necessidades de saúde de uma população, decisão sobre as prioridades em assistir determinados setores, alocação de recursos e comparar estados de saúde de diferentes tipos de tratamentos realizados^{3, 22, 25,26}.

Um estudo de caso e controle na Faixa de Gaza, com 112 indivíduos apresentando Acidente Vascular Cerebral (AVC) e história de hipertensão, e o grupo controle composto por 224 indivíduos com hipertensão apenas mostrou que doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e transtornos mentais (exemplo a depressão) diminui potencialmente a QV. Efeitos diretos da própria doença e os efeitos colaterais do tratamento podem influenciar a QV em pacientes com acidente vascular cerebral ou hipertensão. Outra conclusão principal deste estudo é que o estresse psicológico foi

relacionado a todos os domínios da qualidade de vida entre pacientes hipertensos, mesmo quando controlados para a idade e número de doenças crônicas²².

O impacto conjunto de co-morbididades físicas e mentais sobre qualidade de vida em saúde muitas vezes não é muito apreciado nos cuidados clínicos, por isso é importante identificar esses pacientes e ter mais atenção, como na pesquisa de Lim et al, de base populacional que destacou as importantes relações íntimas entre o físico e as doenças mentais e seus efeitos funcionais combinados sobre bem-estar e qualidade de vida, mostrando impacto negativo na QV em pacientes com doenças crônicas e um aumento desse impacto quando observado três ou mais diagnósticos, ou quando associados a depressão e ansiedade¹⁰.

Alguns estudos têm investigado a associação entre QV e doenças crônicas. Mirjam et al, em um estudo holandês, verificou que pacientes mais velhos, do sexo feminino, com um baixo nível de educação, que não viviam com parceiro, e tinham pelo menos uma comorbidade, em geral, relataram níveis piores de QV. No mesmo estudo, identificou que níveis intermediários de QV foram associados às condições cardiovasculares, câncer, condições endócrinas, deficiências visuais, e doenças respiratórias crônicas. Problemas gastrointestinais, condições cerebrovascular/neurológicas, doenças renais e doenças músculo-esquelético foram relacionadas a piores níveis de QV⁸.

Estudo realizado em Porto Alegre avaliando a saúde física e emocional de 2.201 usuários de serviços de cuidados de saúde primária, concluiu que a qualidade de vida tem uma alta associação com depressão, e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários²⁰.

Martin et al, em um estudo no Canadá, com 238 usuários de serviços de saúde primários verificou que a QV foi negativamente afetada por comorbidades. As doenças crônicas que apresentaram pior qualidade de vida foram as músculo-esqueléticas, assim como a combinação da doença cardíaca e respiratória¹¹.

Rocha et al, avaliou a qualidade de vida e sintomatologia depressiva em 119 adultos saudáveis (comunidade) e 122 pacientes adultos (hospital terciário) no Brasil. Neste estudo concluiu que os sintomas depressivos e o nível socioeconômico podem ser fatores intervenientes relevantes entre a presença de uma doença crônica e sua associação com qualidade de vida²⁴.

Estudo de revisão sistemática avaliou 108 artigos e concluiu que existe uma relação inversa entre o número de condições médicas e QV. Esta associação pode ser

afetada pela idade do paciente ou gênero. A multimorbidade afeta principalmente as dimensões físicas da QV. As dimensões sociais e psicológicas podem ser afetadas em pacientes com quatro ou mais diagnósticos²³.

Há fortes indícios na literatura, porém ainda não conclusivos, de que doenças crônicas diminuem a qualidade de vida dos pacientes. Assim, torna-se necessária a investigação dessa relação em pacientes que buscam atendimento na atenção primária, buscando verificar qual, entre as doenças crônicas apresenta uma média inferior de qualidade de vida.

IV. METODOS

4.1 Delineamento

Estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção em três unidades básicas de saúde (UBS) vinculadas a Universidade Católica de Pelotas, zona sul do Rio Grande do Sul.

4.2 Amostragem

A pesquisa inicial avaliou pacientes das três unidades básicas de saúde que buscaram atendimento médico nos dias pares no período de 1 de março a 30 de julho de 2009. Foram consideráveis elegíveis indivíduos maiores de 14 anos que procuraram atendimento na unidade que fossem moradores da área de abrangência da UBS. Foram registrados 1516 atendimentos nas três UBS e foi possível entrevistar 1081 pacientes.

4.3 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (ANEXO B) com variáveis sobre características sociodemográficas, contendo informações como sexo, idade, escolaridade, classe socioeconômica, tabagismo e uso de álcool. Informações sobre saúde do usuário como ter doenças crônicas e o uso de medicamentos também estão incluídas no estudo.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL – Bref que é uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde- Grupo WHOQOL específico para avaliar qualidade de vida. Esta avaliação concentra-se no que é percebido pelos entrevistados, e não um meio de medição de todos os sintomas de forma detalhada, doenças ou

condições, mas os efeitos das intervenções da doença e saúde na qualidade de vida. O WHOQOL – Bref é composto por 26 questões, com 24 facetas relacionadas com a qualidade de vida agrupadas em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente^{25,27,28,29}.

O quadro abaixo mostra como são avaliados os domínios do WHOQOL- BREF:

Quadro 1: Facetas incorporada dentro dos domínios de Qualidade de Vida do WHOQOL-BREF:

Domínio	Facetas incorporada dentro dos domínios
Saúde Física	Atividades da vida diária Dependência de substâncias medicinais e ajuda médica Energia e fadiga Mobilidade Dor e desconforto Sono e repouso Capacidade de trabalho
Psicológico	Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Sentimentos positivos Auto-estima Espiritualidade / religião / crenças pessoais Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Relações Sociais	relações pessoais apoio social atividade sexual
Ambiente	Recursos financeiros Segurança, liberdade e segurança física Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade ambiente doméstico Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades Participação e oportunidades de recreação / lazer Ambiente físico (poluição / ruído / trânsito / clima) Transporte

Para avaliar depressão foi utilizada a Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI). A MINI é destinada a utilização na prática clínica e de pesquisa, e visa classificar os entrevistados de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10³⁰.

A classificação socioeconômica será avaliada através da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E)³¹.

4.4 Definições das variáveis

4.4.1. Variável Dependente (Desfecho)

A variável dependente será a qualidade de vida, esta será descrita por média e desvio padrão de cada domínio do WHOQOL – Bref

4.4.2. Variáveis Independentes

- **Variáveis Sócio-demográficas**

Sexo: masculino ou feminino. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Idade: referida em anos completos de vida e posteriormente categorizada em faixas etárias da seguinte forma de 14 a 38 anos, de 39 a 56 anos e maiores de 57 anos. Avaliada como variável qualitativa ordinal.

Vive com companheiro (a): Não/Sim. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Escolaridade: Analfabeto/ Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio/ Ensino Superior Completo. Variável qualitativa politômica ordinal.

Classe socioeconômica: A e B/ C/ D e E. Variável qualitativa politômica ordinal.

- **Variáveis Comportamentais:**

Tabagismo: Não/ Sim. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Uso de álcool: Não/ Sim. Variável qualitativa dicotômica nominal.

- **Variáveis relacionadas à Saúde**

Doenças cardiovasculares: Ausente/ Presente. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Doenças respiratórias: Ausente/ Presente. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Doenças endócrinas: Ausente/ Presente. Variável qualitativa dicotômica nominal.

Doenças mentais: Ausente/ Presente. Variável qualitativa dicotômica nominal.

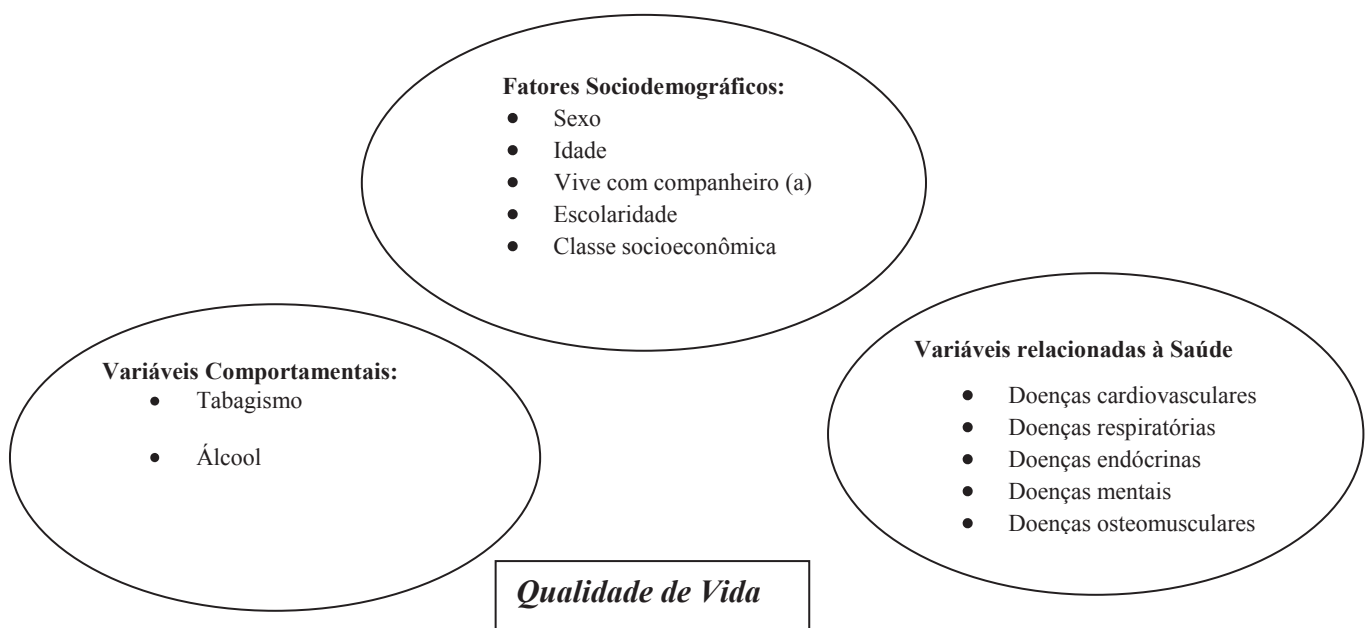
Doenças osteomusculares: Ausente/ Presente. Variável qualitativa dicotômica nominal.

4.5 Modelo Teórico Conceitual

O modelo teórico (**figura 1**) foi criado considerando a relação hierárquica entre as variáveis para identificar possíveis fatores de confusão na análise dos dados. No primeiro nível estão colocadas as variáveis demográficas e os fatores socioeconômicos como possíveis determinantes das demais variáveis independentes e do desfecho.

No segundo nível encontram-se as variáveis relativas às variáveis comportamentais e variáveis relacionadas à saúde as quais podem ser afetadas pelas variáveis anteriores e exercer influência sobre o desfecho e sobre as variáveis do mesmo nível.

Figura 1: Modelo Teórico Conceitual



4.6 Coleta de dados:

Os questionários foram aplicados pelos psicólogos/psiquiatras nas residências dos pacientes incluídos no estudo. As avaliações foram digitadas diretamente em um programa criado especificamente para este fim, evitando as etapas de reprodução de instrumentos, codificação e digitação. Para isso cada entrevistador utilizou um computador portátil com GPS para facilitar o controle de qualidade e a segurança do entrevistador.

4.7 Processamento e análise dos dados:

A análise será descritiva e analítica, com a frequência das informações e, buscando associação entre as variáveis independentes e o desfecho, serão utilizados os programas SPSS e STATA. As médias aritméticas e desvios-padrão (DP.) serão calculados para todos os dados contínuos da amostra. O intervalo considerado será de 95% de confiança (IC 95%). Serão consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluam a unidade.

4.8 Considerações éticas

Os pacientes com transtornos mentais, em que as UBS não tinham condições de oferecer tratamento adequado foram encaminhados para o Campus Saúde da UCPel para tratamento especializado.

Este tipo de estudo apresenta risco mínimo de acordo com as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

V. CRONOGRAMA

	2011									2012		
	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto				X	X	X	X					
Qualificação do Projeto								X				
Análise dos dados								X	X			
Redação do artigo.									X	X	X	
Defesa												X
Encaminhar para publicação.												X

VI. ORÇAMENTO

Durante o período deste estudo, todo e qualquer gasto vai ser custeado pela própria autora deste projeto de pesquisa.

Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor (R\$)
Folhas A4	800	3,50	28,00
Caneta, lápis e borracha	06	0,50	3,00
CDs	03	1,00	3,00
Cartucho impressora	04	20,00	80,00
Encadernação	10	3,00	30,00
Total:			144,00

VII. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. 2006; Portaria 399 GM.
2. Facchini, L A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública. 2008; Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S159-S172.
3. Lima A F B S, Fleck M P A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. Rev. Brasileira de Psiquiatria. 2010.
4. Capilheira M, Santos I S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; Rio de Janeiro, 27(6):1143-1153.
5. Kluthcovsky A C, Kluthcovsky F A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev. Psiquiatria. Rio Grande. Sul; 2009; 31(3,supl.0):0-0.
6. Skevington S M, Lotfy M, O'Connel K A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field Trial a Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research 2004;13: 299–310.
7. Fleck PM & Colaboradores. A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008; p. 28.
8. Mirjam A G. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? Sprangers Journal of Clinical Epidemiology. 2000; 895–907
9. Grumbach, K M D. Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism *Annals of family medicine*. Acessado em Julho de 2011 <http://www.annfammed.org/content/1/1/4.full> may/june 2003; vol. 1, nº. 1.
10. Lim L, Jin A, Ng T. Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 2011; DOI 10.1007/s00127-011-0420-6.
11. Fortin M. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. Quality of Life Research. 2006; 15: 83–91.
12. Skevington S M, McCrate F M. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-

- BREF. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations; 2011, doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado *Online* 9 de maio de 2011. Acessado em Junho de 2011. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
 14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
 15. Schmidt M I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Publicado. Online 9 de maio de 2011 Acessado em Junho de 2011. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>
 16. WHO. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008. Acessado em Outubro de 2011. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Cadernos de Atenção Básica n.º 15 – Série A. Normas e Manuais. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília. 2006; 1.ª edição
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Cadernos de Atenção Básica n.º 16 – Série A. Normas e Manuais. Diabetes Mellitus. Brasília. 2006; 1.ª edição
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série Cadernos de Atenção Básica n.º 25 – Série A. Normas e Manuais. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília. 2010; 1.ª edição
 20. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(4): 431-8.
 21. Fortin M, et al. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and Quality of Life Outcomes* Published. 2007; 5:52 doi:10.1186/1477-7525-5-52
 22. BT Baune, Y Aljeesh. The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip *Annals of General Psychiatry* 2006; 5:6 doi:10.1186/1744-859X-5-6. Acessado em Outubro de 2011. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/1/6>

23. Fortin M, et al. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:51.
24. Rocha N.S, Fleck M P Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. jun 2010; vol 32 nº 2.
25. Minayo MCS, Hartz ZMA & Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1).
26. Maurizio B, et al. Physicians' knowledge of health-related quality of life and perception of its importance in daily clinical practice. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:43.
27. Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 jun; 30(2):257-62.
28. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(9): 2043-2053.
29. World Health Organization WHOQOL-BREF - INSTRUCTIONS acessado em Setembro de 2011. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
30. Amorim P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 22 (3):106-15.
31. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômico no Brasil. Acessado em Setembro de 2011. HTTP://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

ANEXO A: Resumo dos artigos mais relevantes da Revisão de Literatura

Autor , Local e Ano	População Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
Mirjam A. G et al. Holanda 2000	15.000 pacientes	SF-36	Pacientes mais velhos, do sexo feminino, com baixo nível de educação, que não viviam com parceiro, e tinham pelo menos uma comorbidade, em geral, relataram níveis piores de QV. Nível intermediário de QV foram relacionados às condições cardiovasculares, câncer, condições endócrinas, deficiências visuais, e doenças respiratórias crônicas. Problemas gastrointestinais, condições cerebrovascular / neurológicas, doenças renais e doenças músculo-esqueléticas foram relacionados a níveis piores de QV.	
Fleck MP de A et al. Porto Alegre, RS 2002	2201 usuários de serviços de cuidados de saúde primários	WHOQOL-Breve; Medical Outcomes Study Short-Forms 12 SF-12; MHI 5 do Centers for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)	79,5% sexo feminino, média de idade de 40 anos. A intensidade da sintomatologia depressiva foi de 20,2 para as mulheres e de 16,2 para os homens. Todos os parâmetros avaliados tiveram relação inversa com a intensidade dos sintomas depressivos.	A qualidade de vida teve uma alta associação com depressão e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários.
Martin et al. Canadá 2004		Estudo de revisão sistemática	Foram avaliados 108 artigos. Encontro-se uma relação inversa entre o número de condições médicas e QV, esta associação pode ser afetada pela idade do paciente ou de gênero. A multimorbidade afeta principalmente as dimensões físicas da QV, as dimensões sociais e psicológicas podem ser afetadas em pacientes com 4 ou mais diagnósticos.	
Martin et al. Canadá 2007	238 usuários de serviços de cuidados de saúde primários.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) SF-36	QV foi negativamente afetada por comorbidades. As doenças crônicas que apresentaram pior qualidade de vida foram as músculo-esqueléticas, assim como a combinação da doença cardíaca e respiratória.	
Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E Porto Alegre (RS) 2009	95 pacientes que consultaram em uma unidade básica de saúde.	BDI e WHOQOL-Bref	44 pacientes (46%) apresentaram sintomas depressivos associado significativamente a uma pior qualidade de vida em todos os domínios ($p < 0,001$).	Os dados apontam para a importância de se estar atento à presença de depressão, mesmo em usuários de atenção primária, devido ao impacto negativo que os sintomas depressivos acarretam na qualidade de vida.

ANEXO A: Resumo dos artigos mais relevantes da Revisão de Literatura- Continuação

Autor , Local e Ano	População Amostra	Instrumento	Resultados	Comentários
Rocha e Fleck Porto Alegre, RS 2010	119 adultos saudáveis (comunidade) e 122 pacientes adultos (hospital terciário)	WHOQOL-100 (BDI)	Os sintomas depressivos e o nível socioeconômico podem ser fatores intervinientes relevantes entre a presença de uma doença crônica e sua associação com qualidade de vida no Brasil.	Neste estudo os sintomas depressivos tiveram um profundo impacto na qualidade de vida do que a presença de condições clínicas. As condições sócio-econômicas devem ser levadas em conta quando estudar QV em amostras brasileiras.
Lim L. et al Singapura 2011	2,801 participantes	Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) SF-12 questões Derivadas do SF-36 Health Survey	Impacto negativo na QV a doença crônica e aumenta quando observado 3 ou mais diagnósticos ou quando associado a depressão e ansiedade.	

PESQUISA SOBRE UNIDADES BÁSICAS DESAÚDE

UBS de Origem: _____ Data de aplicação: __/__/__

Nome do Paciente: _____

Endereço: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino
(2) masculino

sexo __

2. Qual é a tua data de nascimento? ____/____/____

dnasc __/__/__

3. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

(0) não

(1) sim → Em que série tu estás? ____ série do ____ grau

estano __

serie __

grau __

estvez __

SE NÃO:

4. Tu já estudaste na escola alguma vez?

(0) não

→ PULE PARA A PERGUNTA 5

(1) sim

→ Até que série completaste (foste aprovado)? ____ série do ____ grau

(8) NSA

nserie __

ngrau __

5. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

(0) não

→ PULE PARA A PERGUNTA 6

(1) sim

trabdin __

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste? ____ anos

idtrab __

b) Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

trab12 __

(0) não

(1) sim

(8) NSA

c) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

trabatu __

d) Qual sua ocupação? _____

ocup__

6. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

a)	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

tv __

radio __

banh __

aut __

mens __

aspir __

maqlav __

vidvd __

gelad __

freez __

b) Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

(0) analfabeto / primário incompleto

(1) primário completo / ginasial incompleto

(2) ginasial completo / colegial incompleto

Primário = 1ª a 5ª série
Ginasial = 6ª a 8ª série
Colegial = 2º grau
Superior = graduação

eschef __

(3) *colegial completo / superior incompleto*
 (5) *superior completo*

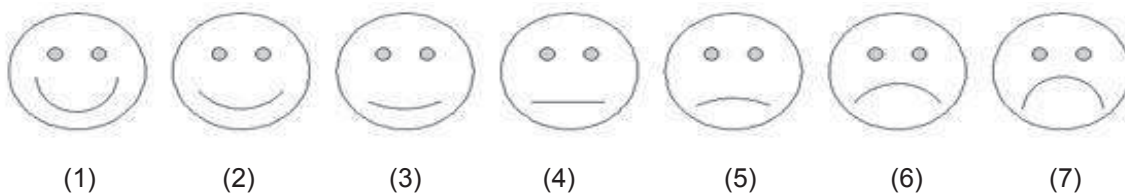
7. Quais são as pessoas que moram na tua casa?

Pai: (0) *não* (1) *sim*
 Mãe: (0) *não* (1) *sim*
 Companheiro (a): (0) *não* (1) *sim*
 Irmãos (ãs): (0) *não* () *sim, quantos?* ____
 Filhos (as): (0) *não* () *sim, quantos?* ____
 Outras pessoas: (0) *não* () *sim, quantos?* ____

mpai ____
 mmae ____
 mcomp ____
 nirmaos ____
 nfilhos ____
 noutros ____

❖ **Agora vamos falar sobre como tu tens te sentido no último mês.**

8. Qual dessas faces mostra melhor como tu te sentes no último mês?



faces ____

❖ **Agora vamos falar sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.**

		Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Wh1 ____

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Wh2 ____

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extrema mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) Impede você de fazer o que você precisa ?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diárias?	1	2	3	4	5

Wh3 ____

Wh4 ____

Wh5 ____

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

Wh6__

Wh7__

Wh8__

Wh9__

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	Completa mente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

Wh10__

Wh11__

Wh12__

Wh13__

Wh14__

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 bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

Wh15__

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo	1	2	3	4	5

Wh16__

Wh17__

Wh18__

Wh19__

	mesmo?						
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	Wh20__
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	Wh21__
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	Wh22__
23	Quão satisfeito(a) você está com as Condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	Wh23__
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	Wh24__
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	Wh25__

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	Frequen-temente	muito frequente mente	Sempre	
26	Com que frequência você tem Sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	Wh26__

❖ **Agora vamos falar sobre seu nível de estresse.**

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?				
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca	JSSa__
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?				
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca	JSSb__
c) Seu trabalho exige demais de você?				
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca	JSSc__
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?				
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca	JSSd__
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?				
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca	JSSe__

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
() Frequentemente	() Às vezes	() Raramente	() Nunca ou quase nunca
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente
o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente
p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.			
() Concordo totalmente	() Concordo mais que discordo	() Discordo mais que concordo	() Discordo Totalmente

❖ **Agora vamos falar sobre tua saúde.**

9. Tu tens alguma doença importante?
 (0) não → **PULE PARA A PERGUNTA 11**
 (1) sim

SE SIM: 10. Qual a doença? _____ Qual a doença? _____ Qual a doença? _____
--

11. Tu tens ou tiveste alguma vez problema de nervos?
 (0) não
 (1) sim

12. Tu já consultaste com psiquiatra ou psicólogo?

JSSf

JSSg

JSSh__

JSSI__

JSSj

JSSk__

JSSI__

JSSm__

JSSn__

JSSo__

JSSp__

JSSq__

doenca __

quald1 __ __

quald2 __ __

quald3 __ __

probner __

- (0) não, nunca consultou
- (1) sim, mas não atualmente
- (2) sim, consulto atualmente
- (9) IGN

cons __

13. Tu já fizeste ou fazes tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 19
- (1) sim
- (8) NSA

trat __

SE SIM:

→ Gostaríamos que tu PENSASSES no último tratamento que fizeste.

14. Qual o local que tu fizeste esse tratamento?

(Considerar quando o entrevistado fez no mínimo 2 sessões no período de 1 mês)

- (01) clínica ou consultório
- (02) hospital
- (03) CAPS
- (04) ambulatório
- (05) UBS
- () outro. Qual? _____
- (88) NSA

loct1 __ __
loct2 __ __
loct3 __ __

15. De que forma tu tiveste acesso a esse tratamento?

- (01) SUS
- (02) convênio
- (03) particular
- (04) outro. Qual? _____
- (88) NSA

acessot __ __

16. Qual o teu grau de satisfação com o último tratamento que fizeste?

- (1) insatisfeito
- (2) pouco satisfeito
- (3) satisfeito
- (4) muito satisfeito
- (8) NSA

satisftr __

17. Tu começaste o tratamento, mas interrompeste antes de terminar?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 19
- (1) sim
- (8) NSA

interr __

SE SIM:

18. Que motivo tu identificas para teres abandonado o tratamento?

- (01) tempo longo demais entre as consultas
- (02) não estava funcionando de maneira satisfatória
- (03) o terapeuta era ruim
- (04) o serviço era ruim
- (05) mudança de terapeuta
- (06) achei que o problema já estava resolvido
- () outro. Qual? _____
- (88) NSA
- (99) IGN

aband1 __ __
aband2 __ __
aband3 __ __

19. Tu baixaste hospital alguma vez por problemas de nervos?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 21
- (1) sim

hospner __

SE SIM:

20. Quantas vezes? ____ vezes

(88) NSA

21. Nos últimos 30 dias, tu tomaste algum remédio para os nervos?

(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 23

(1) sim

qhosp ____

medic ____

SE SIM:

22. Qual?

(01) haldol

(02) ampicil

(03) anafranil

(04) aropax

(05) diazepam

(06) valium

(07) lexotan

(08) tofranil

(09) fluoxetina

(10) imipramina

(11) triptanol

() outro. Qual? _____

(12) não sabe

(88) NSA

tmediq1 ____

tmediq2 ____

tmediq3 ____

❖ Agora vamos falar sobre teus familiares.

23. Algum dos teus familiares já sofreu ou sofre dos nervos?

a) mãe

(0) não

(1) sim

b) pai

(0) não

(1) sim

c) irmão(a)

(0) não

(1) sim

d) avós

(0) não

(1) sim

e) filho(a)

(0) não

(1) sim

f) outro. Quem? _____

fmae ____

fpai ____

firmao ____

favo ____

ffilho ____

foutro ____

Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.

24 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

qlusoua ____

qlusoub ____

qlusouc ____

qlusoud ____

qlusoud1 ____

qlusoue ____

qlusouf ____

qlusoug ____

qlusouh ____

qlusoui ____

qlusouj ____

25 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4

freqa ____

freqb ____

freqc ____

freqd ____

d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

freqd1 __
 freqe __
 freqf __
 freqg __
 freqh __
 freqi __
 freqj __

Entrevistador: _____ **Data da entrevista:** ____/____/____

Encaminhamento: (0) não
 (1) sim, Campus da Saúde

encam __

TÍTULO: Doenças Crônicas e Qualidade de Vida na Atenção Primária à Saúde.

AUTORES: Ana Lucia Soares de Azevedo

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Programa de Pós Graduação em Saúde e Comportamento.

Rua Gonçalves Chaves, 373, Sala C 410

Pelotas/RS - Brasil

CEP 96010-208

Resumo

O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida entre os usuários portadores de doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, mentais e osteomusculares) que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). Este trabalho consiste num estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção em três unidades básicas de saúde (UBS) na zona sul do Rio Grande do Sul. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL – Bref que é uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde Grupo WHOQOL específico para avaliar qualidade de vida. Os questionários foram aplicados por psicólogos/psiquiatras nas residências dos pacientes incluídos no estudo. Foram entrevistados 920 sujeitos. A percepção da qualidade de vida foi inferior em mulheres; pessoas mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro, fumantes e com alguma doença crônica. Em todos os domínios da qualidade de vida, as médias mais baixas foram em pacientes com doenças do sistema nervoso, exceto no domínio Ambiente que foi em pacientes com doenças mentais. A qualidade de vida dos indivíduos parece ser um tema de fundamental importância e precisa ser colocado entre as prioridades das políticas públicas.

Descritores: qualidade de vida, doenças crônicas e atenção primária a saúde.

Abstract

The aim of this study was to evaluate, through a cross-sectional design, the quality of life among chronic patients who were seen in the Basic Health Units, linked to Catholic University of Pelotas on even days in the period from March 1 to July 30, 2009. Quality of life was assessed by WHOQOL - Bref and the presence of chronic diseases was taken from the patient's medical record, being categorized as cardiovascular diseases, respiratory diseases, endocrine diseases, mental illness, and other musculoskeletal diseases. We interviewed 920 subjects. The perception of quality of life was lower in women, older people of low social class, that not living with a partner, smoking and chronic disease. In all domains of quality of life, the averages were lower in patients with diseases of the nervous system, except in the Environment domains, that was lower in patients with mental illness. The quality of life in chronically patients needs to be among the priorities of public policies.

Keywords: quality of life, chronic disease, primary care

Doenças Crônicas e Qualidade de Vida na Atenção Primária à Saúde

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) encaminha-se para a sua consolidação através do Pacto pela Saúde, que aponta como prioridade, entre outras, a qualificação da Atenção Primária como o modelo de atenção à saúde no Brasil¹. A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva². A APS é a porta de entrada da atenção à saúde que oferece desafios especiais, pois muitos dos problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e não relacionados a doenças orgânicas específicas³.

Neste contexto estão inseridas as doenças crônicas que têm sido muito estudadas devido à importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e qualidade de vida (QV)⁴. Historicamente, uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita é aquela proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados⁵.

A avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, pois fornece informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar aos programas de saúde para que implementem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida para os usuários na APS^{6,7}.

Avaliação da qualidade de vida é complicada pelo fato de não haver definição universalmente aceita. Qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. O conceito incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente⁸. Em geral, pode ser influenciada direta e indiretamente por fatores diversos relacionados à doença. Doenças crônicas, tais como transtornos de ansiedade, depressão,

insuficiência cardíaca, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial, diabetes, enxaqueca, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e doenças osteomusculares estão associadas com a QV diminuída ^{9,10,11,12}.

A qualidade de vida em saúde é altamente discutida hoje. Alguns fatores que influenciam a avaliação da QV já são conhecidos, tais como: sexo; idade, hábitos prejudiciais a saúde, como fumo e consumo de álcool; estado civil e pobreza ^{10,11,12}.

Assim, ainda existe necessidade de se continuar pesquisando este tema, principalmente associado a doenças crônicas para que se possam obter melhores resultados na prática clínica diária. Informações sobre a qualidade de vida de um indivíduo podem ser usadas para monitorar o seu processo de tratamento, comparar diferentes estágios da doença e facilitar a tomada de decisão clínica e cuidados em saúde ¹³. Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida entre os usuários portadores de doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, mentais e osteomusculares) que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

METODOS

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um estudo de intervenção em três unidades básicas de saúde (UBS) vinculadas a Universidade Católica de Pelotas (UBS Fátima, UBS CAIC Pestano e UBS Santa Terezinha) na zona sul do Rio Grande do Sul.

A amostra foi de conveniência e incluiu pacientes das três unidades básicas de saúde que buscaram algum tipo de atendimento nos dias pares no período de 1º de março a 30 de julho de 2009. Foram considerados elegíveis indivíduos maiores de 14 anos que procuraram atendimento na unidade e que fossem moradores da área de abrangência da UBS. Foram registrados 1516 atendimentos nas três UBS, porém, muitos pacientes consultaram e não moravam na área de abrangência, muitas vezes dando endereços inexistente, sendo possível incluir 1081 sujeitos.

Os dados de identificação foram retirados do prontuário do paciente por ocasião do atendimento na UBS. Posteriormente, os questionários foram aplicados por alunos dos cursos da área da saúde, capacitados para realizarem as entrevistas, nas residências dos pacientes.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com variáveis sobre características sociodemográficas e comportamentais, como, sexo, idade, escolaridade, e

classe econômica. O abuso de tabaco e álcool foi avaliado pela Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), adaptado e validado para o Brasil ¹⁴.

A presença de doenças crônicas foi retirada do código CID registrado pelo médico no prontuário do paciente, sendo categorizadas em doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças endócrinas, doenças mentais, doenças osteomusculares e outras (doenças digestivas, sistema geniturinário, aparelho da visão, infecciosas e neoplasias), que foram agrupadas por serem de baixa prevalência nesta amostra.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL – Bref que é uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde- Grupo WHOQOL específico para avaliar qualidade de vida. Esta avaliação concentra-se no que é percebido pelos entrevistados, e não um meio de medição de todos os sintomas de forma detalhada, doenças ou condições, mas os efeitos das intervenções da doença e saúde na qualidade de vida. O WHOQOL – Bref é composto por 26 questões, com 24 facetas relacionadas com a qualidade de vida agrupadas em quatro domínios: saúde física, psicológica, relações sociais e meio ambiente. No domínio físico estão incorporadas as facetas, atividades da vida diária, dependência de substâncias medicinais e ajuda médica, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso e capacidade de trabalho. No domínio psicológico, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e positivos, auto-estima, espiritualidade / religião / crenças pessoais e pensamento, aprendizagem, memória e concentração. No domínio relações sociais, relações pessoais, apoio social e atividade sexual. E no domínio ambiente estão incluídas as facetas recursos financeiros, segurança, liberdade e segurança física, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade ambiente doméstico, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação / lazer, ambiente físico (poluição / ruído / trânsito / clima) e transporte. A avaliação de QV é verificada através de médias. Quanto mais alta as médias, melhor percepção da qualidade de vida tem o indivíduo ^{15,16,17,18}.

A classificação econômica foi avaliada através da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando os sujeitos em cinco níveis (A, B, C, D e E) ¹⁹.

Para análise dos dados foi realizada a frequência das características da amostra, comparação entre médias (t test e ANOVA) e regressão linear. As variáveis que

apresentaram $p < 0,20$ foram para análise ajustada ²⁰. No primeiro nível foram incluídas variáveis sociodemográficas e fatores econômicos. O segundo nível foi composto por variáveis comportamentais e variáveis relacionadas à saúde.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, conforme protocolo número 2009/19.

RESULTADOS

Foram entrevistados 1081 sujeitos. Destes, 14,9% não tinham o diagnóstico registrado no prontuário, totalizando assim uma amostra de 920 entrevistados.

Quanto às características da amostra, 668 (72,6%) eram mulheres, as idades variaram de 14 a 96 anos com uma média de 46,3 anos ($dp \pm 18,6$). A maioria dos sujeitos (60,6%) era da classe econômica C e 488 (53,3%) viviam com companheiro. O uso do tabaco foi encontrado em 239 (26,0%) sujeitos e do abuso do álcool em 162 (17,6%). Quanto às doenças crônicas a prevalência foi de 51,8% sendo que 276 (30,0%) tinham doenças circulatórias, seguida de doenças mentais (7,0%), doenças endócrinas (4,7%), doenças osteomusculares (4,2%), doenças respiratórias (2,1%), doenças do sistema nervoso (1,3%) e outras doenças crônicas (2,6). Em relação à Qualidade de Vida da amostra total as médias foram às seguintes: Aspecto Físico 65,1 ($dp \pm 20,9$); Aspecto Psicológico 67,1 ($dp \pm 17,3$), Relações Sociais 71,3 ($dp \pm 17,7$) e Ambiente 59,0 ($dp \pm 14,2$). TABELA 1

Na análise bruta, as médias do domínio Aspecto Físico foram menores em mulheres ($p=0,010$), indivíduos com mais de 57 anos ($p<0,001$), na classificação econômica D e E ($p<0,001$), em quem não vivia com companheiro ($p=0,009$), em quem não abusava de álcool ($p=0,000$) e quem tinha alguma doença crônica ($p<0,001$). No Domínio Psicológico, as médias mais baixas foram em mulheres ($p=0,016$), pacientes entre 39 e 56 anos ($p=0,001$), em sujeitos das classes econômica D e E ($p<0,001$), quem não vivia com companheiro ($p=0,003$), quem fumava ($p=0,005$), em quem não abusava do álcool ($p=0,014$) e quem tinha alguma doença crônica ($p=0,002$). Quanto ao domínio Relações Sociais, as médias mais baixas foram em pacientes com 57 anos ou mais ($p=0,018$), das classes D e E ($p<0,001$), que não viviam com companheiro ($p<0,001$), que fumavam ($p=0,003$) e em quem tinha alguma doença crônica ($p=0,010$). As médias de qualidade de vida no domínio Ambiente foram inferiores em indivíduos

das classes D e E ($p<0,001$), que não viviam com companheiro ($p<0,001$), que fumavam ($p<0,001$) e em quem tinha alguma doença crônica ($p=0,007$). TABELA 2

A tabela 3 mostra as médias nos quatro domínios da qualidade de vida. Para cada grupo das doenças crônicas. Portadores de doenças do sistema nervoso tiveram médias inferiores nos domínios Aspecto Físico, Psicológico e Relações Sociais. No domínio Ambiente, as médias foram menores em indivíduos com doenças mentais. TABELA 3

A presença de doença crônica no Domínio Físico foi ajustada para sexo, idade, classe econômica, viver com companheiro e uso de álcool; no Domínio Psicológico para sexo, idade, classe econômica, viver com companheiro uso de tabaco e uso de álcool; no Domínio Relações Sociais para sexo, idade, classe econômica, viver com companheiro e uso de tabaco; e no Domínio Ambiente para, idade, classe econômica, viver com companheiro e uso de tabaco.

Após a análise ajustada, permaneceram associadas ao Domínio Físico as variáveis sexo ($p=0,010$); idade ($p<0,001$); classificação econômica ($p<0,001$) e doenças crônicas ($p=0,006$). Assim, homens tiveram 3,9 (IC 95%: 1,0; 7,0) pontos a mais na média no domínio Físico do que as mulheres. Quanto à idade, a cada categoria a média diminuiu 6,5 (IC 95%: -8,2; -4,8) pontos, sendo as médias mais altas em pessoas mais jovens. Quanto à classe econômica, as médias diminuíram 6,1 (IC 95% -8,9; -3,2) pontos a cada categoria da ABEP, sendo as maiores médias nas classes mais altas, e, indivíduos com doença crônica tiveram 3,83 (IC 95% -6,57; -1,08) pontos a menos na média do domínio Físico do que os que não tinham doença crônica. Em relação ao domínio Psicológico as variáveis que permaneceram associadas foram sexo ($p=0,016$); classificação econômica ($p<0,001$); tabaco ($p=0,002$) e doenças crônicas ($p=0,055$). Homens tiveram 3,1 (IC 95%: 0,6; 5,6) pontos a mais na média do domínio Psicológico comparado as mulheres. Quanto à classe econômica, as médias diminuíram 5,3 (IC 95% -7,8; -2,8) pontos a cada categoria da ABEP, sendo as médias mais altas nas classes mais altas. Fumantes tiveram 4,2 (IC 95% -6,8; - 1,6) pontos a menos na média do domínio Psicológico do que não fumantes. As médias aumentaram 2,3 (IC 95%: -4,7; 0,1) pontos em indivíduos com doenças crônicas. No domínio de Relações Sociais as variáveis associadas às médias de qualidade de vida foram classificação econômica ($p=0,012$); viver com companheiro ($p<0,001$) e uso de tabaco ($p=0,006$). A cada classe social mais baixa, as médias diminuíram 3,3 (IC 95% -5,9; -0,7) pontos. Aqueles que viviam com companheiro tiveram 4,6 (IC 95% 2,2; 6,9) pontos a mais na média no

domínio Relações Sociais do que aqueles que não viviam com um companheiro. Em relação ao tabaco, verificou-se que fumantes tiveram 3,7 (IC 95% -6,3; -1,1) pontos a menos na média do domínio Relações Sociais comparados a não fumantes.

Quanto ao domínio Ambiente as variáveis que permaneceram associadas foram classificação econômica ($p<0,001$); viver com companheiro ($p=0,004$); uso de tabaco ($p=0,002$) e presença de doenças crônicas ($p=0,037$). Quanto à classe econômica, as médias diminuíram 5,1 (IC 95% -7,1; -3,0) pontos a cada categoria da ABEP, sendo as médias foram maiores nas classes mais altas. Pacientes que viviam com companheiro tiveram 2,7 (IC 95% 0,9; 4,6) pontos a mais na média do domínio Ambiente do que aqueles que viviam com companheiro. Em relação ao tabaco, fumantes tiveram 3,2 (IC 95% -5,3; -1,2) pontos a menos na média do que não fumantes. Quanto a doenças crônicas, as médias diminuíram 2,1 (IC 95%: -4,1; -1,1) pontos, em pacientes com.

TABELA 4

DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou que, na amostra analisada, a percepção da qualidade de vida foi inferior em mulheres; pessoas mais velhas, de classe social baixa, que não viviam com companheiro, fumantes e com alguma doença crônica. Em todos os domínios da qualidade de vida, as médias mais baixas foram em pacientes com doenças do sistema nervoso, exceto no domínio Ambiente que foi em pacientes com doenças mentais.

As pessoas que sofrem de diferentes doenças crônicas têm que aprender a conviver com várias limitações em seu cotidiano, pois a doença exige adaptação do paciente e familiares em diferentes aspectos da vida, e geralmente essas mudanças se desdobram com o tempo ²¹. Esse ajustamento, possivelmente, implica uma marcada diminuição da qualidade de vida.

A relação entre doenças do sistema nervoso e médias mais baixas de qualidade de vida pode ser devido aos efeitos diretos da própria doença e os efeitos colaterais do tratamento ²². Sabe-se que os principais sinais e sintomas das doenças do sistema nervoso são motores e que os mesmos, somados ao sedentarismo e ao isolamento social, que estas doenças, interferem significativamente na percepção da QV dos pacientes ²³.

Somente no domínio Ambiente, que as Doenças Mentais tiveram médias inferiores às doenças do sistema nervoso. O domínio Ambiente envolve insegurança, ambiente físico menos saudáveis, menos disponibilidade de dinheiro, menos acesso a

informação e lazer e menor satisfação com a moradia, serviços de saúde e meios de transporte ²⁴. Assim, tal associação pode ser justificada pelo fato de que transtornos mentais comuns serem comumente encontrados em indivíduos com baixa classe socioeconômica, baixa escolaridade, menor número de bens, condições precárias de moradia, e desemprego ^{25,26}.

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas encontraram que as mulheres em geral as percebem de forma pior que os homens ^{27,28}, sendo a mesma relação evidenciada no presente estudo. É importante considerar, que as mulheres buscam mais atendimentos nos serviços de saúde, e, uma possível justificativa é o fato de que estas além de terem uma autopercepção de pior saúde do que os homens expressam com maior facilidade seus sintomas e procuram mais os serviços de saúde sabe-se também, que embora as mulheres tenham melhores taxas de sobrevivência do que homens em todo o ciclo de vida, as mesmas experimentam taxas mais elevadas de limitações de morbidade e funcional ²⁹.

Em relação à idade, pacientes mais velhos apresentaram médias inferiores de qualidade de vida no aspecto físico. Esse aspecto é central da qualidade de vida do idoso, que sofre influências com o aumento da idade, conforme já demonstrado em outros estudos ^{30, 31,32}.

Verificou-se também, que pacientes de classes sociais mais baixas demonstraram pior qualidade de vida nos quatro domínios. É relevante destacar que no Brasil, a desigualdade na distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, as condições de habitação e o ambiente precário, causam impactos negativos sobre a qualidade de vida e a saúde dos sujeitos ^{33,34}.

Observou-se também, que os sujeitos que não viviam com companheiro (a) também tiveram percepções de qualidade de vida inferior. Pode-se considerar que a falta de um parceiro pode ter relação com sentimentos de solidão e de isolamento e assim, com menor bem-estar. Pessoas que vivem com companheiro dispõem de maior suporte (familiar/social) ³⁵.

Tem sido observado um aumento no número de pesquisas que mensuram a qualidade de vida em tabagistas encontrando melhor qualidade de vida dos não-tabagistas ^{36,37,38,39}. No presente estudo, as médias de qualidade nos aspectos psicológico, ambiental e social foram menores em fumantes. A qualidade de vida associada à gravidade ao tabagismo pode ser um caminho para sensibilizar os dependentes dessa substância a interromperem esse consumo.

Deve-se destacar como limitação deste estudo que os diagnósticos foram retirados dos registros dos prontuários (diagnóstico realizado pelo médico da atenção primária) sem reavaliar se os diagnósticos estavam corretos. Outra limitação se refere a ordem da cadeia causal, pois por ser um estudo transversal, não é possível identificar se a qualidade de vida é diminuída em quem tem doenças crônicas, ou se as doenças crônicas aparecem em pessoas que já apresentavam qualidade de vida diminuída.

Porém, este estudo demonstrou que existe uma relação entre qualidade de vida e presença de doença crônica. A medida da QV gera informações que podem ser usadas para rastreamento e identificação das necessidades de saúde de uma população, decisão sobre as prioridades em assistir determinados setores, alocação de recursos e comparação dos estados de saúde de diferentes tipos de tratamentos realizados ^{3, 22, 26, 40}.

As metas de atendimento de pacientes com uma condição crônica são melhorar o seu estado funcional, minimizar os sintomas, controlar a dor, reduzir a deficiência, e prolongar a vida através da prevenção secundária ⁴¹. Os médicos de família, para atingir as metas nos cuidados de pacientes com comorbidades, precisam desenvolver uma parceria com os pacientes e estabelecer prioridades para atender às necessidades destes com o objetivo de manter uma boa qualidade de vida ^{8,9}.

O desenvolvimento e a necessidade de se investir em programas na atenção primária, que é a porta de entrada do sistema de saúde, devem receber mais destaque no SUS. A atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde, e tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos do cuidado ^{13,14}. A qualidade de vida dos indivíduos parece ser um tema de fundamental importância e precisa ser colocado entre as prioridades das políticas públicas.

Colaboradores

A concepção e a organização do artigo foram feitas com a participação de todos os autores. A. L. S. Azevedo e L. A. Quevedo foram responsáveis pela formulação e elaboração do projeto, incluindo o desenho da pesquisa, revisão bibliográfica, análise dos dados, interpretação e apresentação dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. 2006; Portaria 399 GM.
2. Facchini, L A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública. 2008; Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S159-S172.
3. Lima A F B S, Fleck M P A. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. Rev. Brasileira de Psiquiatria. 2010.
4. Capilheira M, Santos I S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; Rio de Janeiro, 27(6):1143-1153.
5. Lewis Kuller, M.D., Dr. P.H., Susan Tonascia, B.A. A follow-up study of the commission on chronic illness morbidity survey in baltimore —IV. Factors influencing mortality from stroke and arteriosclerotic heart disease (1954–1967) [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(71\)90105-6](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(71)90105-6) (acessado em março de 2012).
6. Kluthcovsky A C, Kluthcovsky F A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev. Psiquiatria. Rio Grande. Sul; 2009; 31(3,supl.0):0-0.
7. Skevington S M, Lotfy M, O’Connel K A. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field Trial a Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research 2004; 13: 299–310.
8. Fleck PM & Colaboradores. A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008; p. 28.
9. Mirjam A G. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? Sprangers Journal of Clinical Epidemiology. 2000; 895–907.
10. Grumbach, K M D. Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism Annals of family medicine. <http://www.annfammed.org/content/1/1/4.full> may/june 2003; vol. 1, no. 1. (acessado em Julho de 2011).
11. Lim L, Jin A, Ng T. Anxiety and depression, chronic physical conditions, and quality of life in an urban population sample study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 2011; DOI 10.1007/s00127-011-0420-6.

12. Fortin M. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*. 2006; 15: 83–91.
13. Skevington S M, McCrate F M. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations; 2011 doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x.
14. Henrique I, Micheli D, RB L, Lacerda A, Formigoni M. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(2):199-206.
15. Minayo MCS, Hartz ZMA & Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1).
16. Corso AN, Costa LS, Fleck MPA, Heldt E. Impacto de sintomas depressivos na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2009 jun; 30(2):257-62.
17. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(9): 2043-2053.
18. World Health Organization WHOQOL-BREF – INSTRUCTIONS http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. (acessado em Setembro de 2011).
19. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômico no Brasil. HTTP://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf (acessado em Setembro de 2011).
20. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-7.
21. Stanton, AL, Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
22. BT Baune, Y Aljeesh. The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip *Annals of General Psychiatry* 2006; 5:6 doi:10.1186/1744-859X-5-6. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/1/6> (acessado em Outubro de 2011).

23. Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF e Cardoso FE Percepção da Qualidade de Vida de Indivíduos com Doença de Parkinson Através do Pdq-39 Rev. bras. fisioter. São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, set./out. 2007.
24. World Health Organization WHOQOL-BREF - INSTRUCTIONS. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. (acessado em Setembro de 2011)
25. Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo m comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21:73-9.
26. Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. Int J Psychiatry Med 1996; 26:211-22.
27. Mrus, J. M., Williams, P. L., Tsevat, J., Cohn, S. E., Wu, A. W. (2005). Gender differences in health related quality of life in patients with HIV/Aids. Quality of life Research, 14, 479-491.
28. Teh, C. F., Kilbourne, A. M., McCarthy, J. F., Welsh, D., Blow, F. C. (2008). Gender differences in health related quality of life for veterans with serious mental illness. Psychiatry Service, 59, 663-669.
29. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav. 1989;30(3):282-304.
30. Alves LC, et al A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica 2007; 23(8):1924-1930.
31. Ramos LR. Et AL Epidemiologia do envelhecimento. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-78.
32. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. Cad Saúde Pública 2005; 21(4):1177- 1185.
33. Minayo MCS, Hartz ZMA & Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva 2000; 5(1).
34. Buss PM Promoção da saúde e qualidade de vida. Health promotion and quality of life. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 163-177 2000.

35. Costa AG, Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:73-9.
36. Olufade, A et al Development of the Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire. *Clin Ther* 21(12): 2113-2130 1999.
37. Woolf, S.H., Rothemich, S.F., Johnson R.E., Marsland, D.W. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *Am J Prev Med* 17(2):134-137, 1999 Aug.
38. Wilson, D, Parsons, J, Wakefield, M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med* 29, 139-144, 1999.
39. Mitra, M.; Chung, M, Wilber, N, Walker, D. Smoking status and quality of life. A longitudinal study among adults with disabilities. *Am J Prev Med* 27(3):258-260, 2004.
40. Maurizio B, et al. Physicians' knowledge of health-related quality of life and perception of its importance in daily clinical practice. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:43.
41. Fortin M, et al. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and Quality of Life Outcomes* Published. 2007; 5:52 doi:10.1186/1477-7525-5-52

Tabela 1 Distribuição da amostra de acordo com as características da amostra em pacientes atendidos em três UBS em Pelotas

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	252	27,4
Feminino	668	72,6
Idade		
14-38	331	36,3
39-56	270	29,6
57 ou mais	310	34,0
Classificação socioeconômica		
A e B	92	10,1
C	552	60,6
D e E	267	29,3
Viver com companheiro		
Não	425	46,5
Sim	488	53,3
Tabaco		
Não	681	74,0
Sim	239	26,0
Álcool		
Não	758	82,4
Sim	162	17,6
Doença Crônica		
Nenhuma	443	48,2
Circulatória	276	30,0
Respiratória	19	2,1
Nervoso	12	1,3
Osteomuscular	39	4,2
Endócrino	43	4,7
Mental	64	7,0
Outros	24	2,6
	Média	Dp
Aspecto Físico	65,05	20,88
Aspecto Psicológico	67,10	17,30
Relações Sociais	71,33	17,71
Ambiente	59,01	14,23
Total	920	100

Tabela 2: Pontuação média nos domínios do WHOQOL – Bref de acordo com as características de pacientes atendidos em três UBS em Pelotas,RS.

Variável	Aspecto Físico média (dp)	p-valor	Aspecto Psicológico média (dp)	p-valor	Relações Sociais média (dp)	p-valor	Ambiente média (dp)	p-valor
Sexo		0,010*		0,016*		0,068*		0,225*
Masculino	67,9 (21,5)		69,3 (17,1)		73,1 (17,1)		60,0 (15,2)	
Feminino	63,9 (20,6)		66,3 (17,3)		70,7 (17,9)		58,7 (13,8)	
Idade		<0,001**		0,001**		0,018**		0,089**
14-38	74,3 (17,4)		70,1 (16,8)		74,0 (19,3)		61,0 (14,8)	
39-56	61,7 (21,7)		65,0 (18,4)		69,0 (18,0)		56,2 (14,0)	
57 ou mais	58,0 (19,9)		65,8 (16,5)		70,6 (15,3)		59,2 (13,5)	
Classificação econômica		<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**
A e B	74,2 (18,9)		75,0 (13,5)		79,3 (15,9)		67,6 (12,7)	
C	66,8 (20,0)		68,2 (16,8)		71,8 (17,2)		59,7 (13,9)	
D e E	58,5 (22,1)		62,3 (18,1)		67,7 (18,3)		54,7 (13,8)	
Viver com companheiro		0,009*		0,003*		<0,001*		<0,001*
Não	63,1 (21,9)		65,3 (18,5)		68,3 (18,9)		57,0 (14,7)	
Sim	66,7 (19,8)		68,7 (16,0)		73,9 (16,2)		60,7 (13,5)	
Tabaco		0,287*		0,005*		0,003*		<0,001*
Não	65,5 (20,5)		68,1 (16,5)		72,4 (17,6)		60,0 (14,0)	
Sim	63,8 (21,9)		64,2 (19,1)		68,4 (17,6)		56,2 (14,5)	
Álcool		<0,001*		0,014*		0,987*		0,285*
Não	53,6 (21,0)		66,4 (17,4)		71,3 (17,5)		58,8 (14,2)	
Sim	71,8 (19,0)		70,1 (16,7)		71,4 (18,5)		60,1 (14,5)	
Doença Crônica		<0,001*		0,002*		0,010*		0,007*
Não	69,6 (20,1)		68,9 (17,2)		72,9 (17,8)		60,3 (14,3)	
Sim	60,8 (20,7)		65,4 (17,2)		69,9 (17,5)		57,8 (14,1)	
Total	65,1 (20,8)		67,1 (17,3)		71,3 (17,7)		59 (14,2)	

*Teste t

**ANOVA

Tabela 3:

Variável	Aspecto Físico média (dp)	p-valor	Aspecto Psicológico média (dp)	p-valor	Relações Sociais média (dp)	p-valor	Ambiente média (dp)	p-valor
Doença Crônica		<0,001**		0,002**		0,004**		0,001**
Nenhuma	69,6 (20,1)		68,9 (17,2)		72,9 (17,8)		60,3 (17,8)	
Circulatória	60,5 (20,4)		66,9 (16,7)		71,2 (15,8)		58,8 (13,3)	
Respiratória	65,1 (20,0)		66,4 (13,6)		63,6 (17,4)		55,2 (8,4)	
Nervoso	57,1 (25,0)		58,7 (20,1)		60,1 (18,4)		53,4 (16,1)	
Osteomuscular	61,2 (21,6)		67,0 (16,1)		74,6 (18,3)		60,7 (14,5)	
Endócrino	62,2 (19,2)		66,9 (17,2)		69,0 (21,4)		60,3 (17,4)	
Mental	60,7 (21,7)		59,4 (19,3)		65,6 (18,2)		52,2 (12,8)	
Outros	61,2 (22,5)		61,6 (18,2)		69,4 (20,8)		55,9 (16,4)	

Tabela 4 - Análise ajustada dos domínios de qualidade de vida em pacientes atendidos em três UBS em Pelotas.

Variável	Aspecto Físico (IC)	p-valor	Aspecto Psicológico (IC)	p-valor	Relações Sociais (IC)	p-valor	Ambiente (IC)	p-valor
Sexo (masculino)	3,9 (1,0; 7,0)	0,010	3,1 (0,6; 5,6)	0,016	2,4 (-0,2; 4,9)	0,068		
Idade (57 ou mais)	-6,5 (-8,2; -4,8)	<0,001	-1,1 (-2,6; 0,3)	0,133	-1,1 (-2,5; 0,4)	0,158	-1,00 (-2,1; 0,2)	0,092
Classificação econômica (D e E)	-6,1 (-8,9; -3,2)	<0,001	-5,3 (-7,8; -2,8)	<0,001	-3,3 (-5,9; -0,7)	0,012	-5,1 (-7,1; -3,0)	<0,001
Viver com companheiro	2,2 (-0,4; 4,8)	0,094	1,9 (-0,3; 4,3)	0,086	4,6 (2,2; 6,9)	<0,001	2,7 (0,9; 4,6)	0,004
Uso de Tabaco	-----		-4,2 (-6,8; -1,6)	0,002	-3,7 (-6,3; -1,1)	0,006	-3,2 (-5,3; -1,2)	0,002
Uso de Alcool	3,00 (-0,4; 6,5)	0,088	2,6 (-0,4; 5,7)	0,094				
Doença Crônica	-3,8 (-6,6; -1,1)	0,006	-2,3 (-4,7; 0,1)	0,055	-2,3 (-2,8; 0,2)	0,066	-2,1 (-4,1; -0,1)	0,037