



Ana Paula Alvares

## **Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS em Minas Gerais**

Belo Horizonte

2020

Ana Paula Alvares

**Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS em Minas Gerais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Alice Werneck Massote

Belo Horizonte

2020

A473q

Alvares, Ana Paula.

Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS em Minas Gerais. /Ana Paula Alvares. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

60 f.

Orientador(a): Alice Werneck Massote.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Qualidade de Vida. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. I. Massote, Alice Werneck. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.4

Ana Paula Alvares

**Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS em Minas Gerais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 09 de dezembro de 2020

Banca Examinadora

Ma. Maria Angelica Alves

CEMEA - Centro Mineiro de Estudos Epidemiológicos e Ambientais

Ms. Rodrigo Martins da Costa Machado

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Ma. Alice Werneck Massote (Orientadora)

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2020

Dedico esse trabalho aos usuários do Sistema Único de Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à população, grande responsável pela manutenção dessa Escola, bem como de todos os serviços públicos.

Aos professores e demais servidores da Escola de Saúde Pública por, além de se ocuparem de fornecer uma formação de qualidade para seus alunos, trabalharem para manter essa Escola em funcionamento.

À minha orientadora, por me acompanhar na realização do trabalho de conclusão de curso.

Aos meus gestores e à prefeitura de Belo Horizonte, por me possibilitarem fazer esse curso.

Aos meus colegas de curso, que contribuíram muito na minha formação.

À minha irmã Juliana, com quem aprendi a beleza e a importância da Saúde Pública, grande responsável pela minha formação, que me incentivou a me inscrever e me acompanhou no programa de iniciação científica do GPES – NESCON, da Faculdade de Medicina da UFMG, que influenciou de forma definitiva minha vida profissional e foi fundamental para minha aprovação para fazer essa especialização, e que sempre foi um exemplo e apoio em minha vida.

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os fatores a ela associados, com vistas à verificação da existência de fatores modificáveis, passíveis de intervenção, que irão embasar a discussão, junto aos gestores e profissionais de saúde, sobre o que é viável construir, com os recursos disponíveis, para melhorar a qualidade de vida da população atendida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Foram utilizados dados de pesquisa previamente realizada, que entrevistou usuários da atenção primária em saúde (APS) do SUS, em Minas Gerais. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento genérico EQ-5D. As análises descritivas foram estratificadas por sexo. A análise dos fatores associados à qualidade de vida foi feita por meio de regressão linear, uni e multivariada. Foram entrevistados 1.131 usuários da APS do SUS em Minas Gerais, 900 mulheres (79,6%) e 231 homens (20,4%), com idade média de 46,23 anos. A maior parte se autodeclarou não branco e eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto. As mulheres, em maior proporção, pertenciam à classe social D/E e recebiam algum tipo de auxílio do governo. Aproximadamente 70% dos usuários declararam ter pelo menos uma doença crônica. Há alta prevalência de hipertensão, dislipidemia e depressão. Homens, em maior proporção, apresentam hipertensão e diabetes, enquanto as mulheres apresentam, em maior proporção, doença pulmonar crônica, artrite, artrose, reumatismo e depressão. Na avaliação da qualidade de vida, 24% dos entrevistados relata saúde perfeita, ou seja, nenhum problema em nenhuma das dimensões. As mulheres, em maior proporção, relatam dor ou mal estar e sintomas de ansiedade e/ou depressão. O escore geral de qualidade de vida foi, em média, 0,753 ( $\pm$  0,182). Ser do sexo feminino, ter tido a necessidade de procurar um serviço de emergência no ano anterior à entrevista, ter tido alguma vez na vida o diagnóstico de AVC, artrite, artrose, reumatismo ou depressão e estar em dieta para redução de peso, estão associadas, de forma independente, a pior qualidade de vida. A auto avaliação da saúde como boa ou muito boa e a prática de atividade física estão associadas com melhor qualidade de vida. Os resultados deste estudo apontam para algumas possibilidades de intervenções que podem melhorar a qualidade de vida dos usuários da APS do SUS. A partir deles foi elaborado o plano de ação “Mais Qualidade de Vida”, cuja proposta visa atender, de forma diferenciada, mulheres, no âmbito do NASF, com a atuação conjunta de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e

educadores físicos. Este plano de ação pretende ser uma resposta ao SUS e à sociedade, na busca pela melhoria da qualidade de vida do grupo mais impactado por questões econômicas, sociais e clínicas – as mulheres. As intervenções propostas e, futuramente, seus resultados, podem abrir portas para novas formas de abordagem das pessoas, com maior foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Atenção Primária em Saúde, Sistema Único de Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde.



## ABSTRACT

This study aimed to assess the quality of life of users of the National Health System (SUS), as well as the factors associated with it, in order to evaluate the existence of modifiable factors, which are liable to intervention, that will support the discussion, together with managers and health professionals, on what is feasible to build, with the available resources, to improve the quality of life of the population served by the Municipal Health Department of Belo Horizonte. Data from previously conducted research were used, which interviewed users of primary health care of SUS in Minas Gerais. We used the generic instrument EQ-5D to assess the quality of life and stratified descriptive analyzes by sex. The analysis of factors associated with quality of life was performed using linear, uni and multivariate regression. 1,131 SUS users in Minas Gerais were interviewed, 900 women (79.6%) and 231 men (20.4%), with an average age of 46.23 years. Most of them declared themselves to be non-white and were illiterate or had incomplete elementary education. Women, to a greater extent, belonged to the social class D / E and received some government assistance. Almost 70% of users reported having at least one chronic disease. There is a high prevalence of hypertension, dyslipidemia, and depression. Men presented more hypertension and diabetes, while women presented more chronic lung disease, arthritis, arthrosis, rheumatism, and depression. In assessing the quality of life, 24% of respondents report perfect health, that is, no problem in any of the dimensions. Most women report pain or malaise and symptoms of anxiety, and/or depression. The general quality of life score was, on average, 0.753 ( $\pm$  0.182). Being female, needing to seek an emergency service in the year before the interview, had ever had a diagnosis of stroke, arthritis, arthrosis, rheumatism, or depression, and being on a weight reduction diet are associated, independently, the worst quality of life. Self-rated health as good or very good and physical activity are associated with a better quality of life. The results of this study point to some possibilities of interventions that can improve the quality of life of SUS PHC users. Based on them, the action plan "More Quality of Life" was developed, whose proposal aims to serve, in a different way, women, within the scope of the NASF, with the joint performance of psychologists, social workers, nutritionists, and physical educators. This action plan has intended to be a response to SUS and society, seeking to improve the quality of life of the group most impacted by economic, social, and clinical issues - women. The proposed interventions and, in the future, their results

can open doors to new ways of approaching people, with a greater focus on disease prevention, health promotion, and improvement of quality of life.

Keywords: Quality of life, Primary Health Care, National Health System,

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

- Figura 1 Determinantes sociais da saúde
- Figura 2 Dimensões do estado da saúde do EQ-5D
- Figura 3 Versão EQ-5D-3L
- Quadro 1 Atividades do projeto “Mais Qualidade de Vida”

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Características sociodemográficas dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 2 Características clínicas dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 3 Características de estilo de vida dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 4 Qualidade de vida dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS – dimensões e escore do Eq5D, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 5 Análise univariada da qualidade de vida e características sociodemográficas dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 6 Análise univariada da qualidade de vida e características clínicas dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 7 Análise univariada da qualidade de vida e características de estilo de vida usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.
- Tabela 8 Modelo final da análise multivariada de fatores associados à qualidade de vida usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EQ-5D	Euroqol 5 dimensões
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SF-36	Short Form Health Survey 36
SMS-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment Group

## SUMÁRIO

1	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	18
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
3.2	DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	21
3.3	QUALIDADE DE VIDA.....	23
3.3.1	<b>Instrumentos de medida de qualidade de vida</b> .....	24
4	<b>MÉTODOS</b> .....	29
4.1	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5	<b>RESULTADOS</b> .....	31
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	40
6.1	COMO OS RESULTADOS DESTA PESQUISA PODEM CONTRIBUIR PARA O MEU TRABALHO COMO REFERÊNCIA TÉCNICA DA SMS-BH.....	43
6.1.1	<b>Plano de ação – Mais Qualidade de Vida</b> .....	44
6.1.1.1	Objetivos.....	44
6.1.1.2	Ações e atividades a serem executadas.....	44
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
	<b>APÊNDICE 1 - PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA</b> .....	54
	<b>APÊNDICE 2 - FORMULÁRIOS DO PROJETO “MAIS QUALIDADE DE VIDA”</b> .....	59
	<b>ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA O USO DOS DADOS</b> .....	61

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A elaboração deste trabalho, que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os fatores a ela associados, busca verificar a presença de fatores modificáveis que, de forma independente, se associam à qualidade de vida. A avaliação e, principalmente, a verificação da existência de características dos indivíduos que se relacionam com uma melhor ou pior qualidade de vida são os motivadores desse trabalho. Isto porque a identificação destes fatores capazes de impactar a qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS permitirá e embasará a discussão, junto aos gestores e profissionais de saúde responsáveis pelas ações e serviços voltados a essa população, sobre o que é viável construir, com os recursos disponíveis, para melhorar a qualidade de vida da população atendida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH). A partir dessa discussão conjunta, com base em dados reais e em evidências científicas, será possível propor a elaboração de políticas de saúde voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Este estudo foi inspirado por três aspectos principais, que permeiam minha vida pessoal e profissional. A primeira delas vem da minha formação básica, em Educação Física, que tem como meta a promoção da saúde dos indivíduos; a segunda, o próprio conceito de saúde que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (WHO, 2020, p.1); a terceira, o SUS, especificamente o princípio da integralidade do cuidado, e a necessidade de cuidar integralmente das pessoas, adicionando vida aos anos, e não apenas anos à vida.

Minha trajetória profissional no SUS, especificamente na SMS-BH iniciou-se em novembro de 2012, no Centro de Saúde Alto Vera Cruz, atuando na Academia da Cidade Riviera e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, desde setembro de 2017, atuo como Referência Técnica na GAERE (Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação) na Regional Centro Sul, da SMS-BH.

Como Referência Técnica, tenho como objetivos principais estruturar e auxiliar para o melhor desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes que atuam no NASF, Academia da Cidade, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Tabagismo, Lian Gong, bem como das Unidades Básicas de Saúde da Regional Centro Sul. Faz parte de minhas atividades cotidianas propor discussões junto às equipes para melhorar o funcionamento e o atendimento à população assistida por essas unidades de saúde, com foco na ampliação do acesso às ações

e serviços de saúde, com a qualidade necessária. Em especial, junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), desenvolvo o trabalho de apoio institucional, auxiliando os profissionais que lidam diretamente com a população para implementar efetivamente as ações propostas pelo nível central da SMS-BH, pela Regional de Saúde e pela própria equipe.

Na SMS-BH, meu trabalho consiste, sumariamente, em estabelecer uma ligação entre as propostas do nível central e o local onde, de fato, as ações acontecem: nas Unidades Básicas de Saúde. Faz parte da minha rotina de trabalho realizar reuniões com as equipes supracitadas e buscar soluções conjuntas para a melhoria da saúde da população atendida. Um assunto recorrente nestas reuniões junto às equipes que atuam diretamente com os pacientes, na atenção primária em saúde (APS), é a promoção da saúde e a qualidade de vida das pessoas e o que se pode efetivamente fazer, com vistas ao atendimento integral do indivíduo em suas diferentes demandas, para alcançar o melhor estado de saúde, se não o desejável, o possível.

Na implementação de ações que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, nos deparamos como algumas importantes questões conceituais, que demonstram a complexidade do ser humano em suas diversas expressões. O primeiro conceito de difícil compreensão é o da própria saúde, supracitado, que, numa visão afirmativa, identifica a saúde como bem-estar e não simplesmente como ausência de doença. No entanto, em contrapartida, incorpora uma visão negativa, já que se trata de um estado inatingível, uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em completo estado de bem-estar (BUSS, 2000). Dessa forma, o uso desta concepção de saúde como meta para os serviços de saúde é inviável (ARANTES *et al.*, 2008).

Outra questão conceitual importante é a definição de qualidade de vida. A OMS a define como *“a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL, 1996, p. 354). De fato, qualidade de vida é um construto multidimensional, influenciado por aspectos sociais, demográficos, econômicos e de saúde, e que são permeados pela forma como as pessoas veem e se veem no mundo, suas relações pessoais e profissionais, seu estilo de vida, sua liberdade política e social, enfim, uma série de variáveis de difícil mensuração.

O tema qualidade de vida tem sido cada vez mais estudado, em especial no campo da saúde. Com a melhoria das ações e serviços de saúde, a transição demográfica e epidemiológica, o aumento da sobrevivência e a constatação de que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, a melhoria da



qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor (SEIDL; ZANNON, 2004).

Neste contexto, a escolha do tema qualidade de vida busca atender às minhas próprias inquietações e às da minha equipe, percebidas e sistematizadas em oito anos de atuação no SUS e no trabalho junto às equipes que compõem o NASF, em torno do que é qualidade de vida, quais fatores a influenciam, positivamente e negativamente, e onde é possível intervir, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos usuários da APS do SUS em Belo Horizonte.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS, em Minas Gerais, e os fatores associados, passíveis de intervenção, para embasar as discussões junto aos gestores do SUS e às equipes do NASF, visando propor ações e serviços, com foco na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

### **2.2 Objetivos específicos**

Descrever as características sócio demográficas e clínicas dos usuários da atenção primária do SUS de Minas Gerais, estratificando os dados por sexo.

Analisar a qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS de Minas Gerais a partir de alguns fatores a ela associados.

A partir dos resultados, propor um plano de ação para melhorar a qualidade de vida da população atendida pela SMS-BH.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 O Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária em Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Promulgada em 1988, a Constituição Brasileira, em seu artigo 196, versa que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998, p.118). Desde sua publicação, buscou-se fundamentar seus princípios e diretrizes em um arcabouço legal, regido pelas Leis 8080/1990 e 8142/1980, que estabelecem que os serviços e ações de saúde devem se desenvolver com vistas ao cuidado universal, integral e equitativo. Além disso, devem-se observar os conceitos organizativos de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1988)

O sistema de saúde brasileiro, como conhecido atualmente, teve suas bases fortemente influenciadas pela Conferência de Alma-Ata (promovida pela OMS em 1978), que propunha ampliar a atenção primária à saúde como caminho para atingir a meta de saúde para todos até o ano 2000. A concepção de APS em Alma-Ata contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social (GIOVANELLA, 2018).

Em 1994, houve a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) o qual tinha como estratégia o reordenamento do modelo de atenção à saúde, a partir da reconstrução da prática na APS, como forma de superar um modelo centrado na doença e em práticas curativas (LAVRAS, 2011).

Essa mudança de paradigma da atenção à saúde intensificou-se quando, em 2006, houve a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) com a transformação do PSF em Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). O conceito de APS no país foi ampliado a partir dessa PNAB, sendo definido como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver

os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A implantação da ESF provocou mudanças significativas na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais. No entanto, a complexidade cada vez maior dos problemas de saúde, imposta pela mudança nos perfis demográfico e epidemiológico, somada às questões socioeconômicas, políticas e culturais, ressaltou a necessidade de ampliação dos saberes para uma gestão de casos mais abrangente, resolutiva e efetiva dos problemas sanitários do território (BRASIL, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

Nesse contexto e com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços foi instituído, pela Portaria GM 154 de 2008, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A criação do NASF teve também como objetivo, *“ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica de forma a aumentar sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde”* (BRASIL, 2010).

A Portaria 154 preconizava que as equipes de NASF deveriam ser compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, tais como acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra e psiquiatra (especialidades médicas), além de assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. A composição das equipes é definida pelo gestor municipal de acordo com os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2008).

Em 2011 foi publicada a Portaria nº 2.488/2011, que regulamentava o NASF, configurado como uma equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), e com o Programa Academia da Saúde. Outras categorias profissionais foram incluídas na lista de composição da equipe do NASF: geriatra, internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, arte educador e profissional de saúde sanitaria (profissional graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva, ou graduada diretamente em uma dessas áreas) (BRASIL, 2011).

Em 2019 foi publicada a Portaria nº 2.979/2019 que institui o novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil. Segundo esta Portaria, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada aos tipos antes definidos de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A desvinculação, conforme Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, tinha o objetivo de dar ao gestor municipal a autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal, desde que sejam destinados a ações e serviços da APS. Dessa forma, o gestor passa a ter liberdade para compor suas equipes multiprofissionais, adequando-as às suas necessidades e disponibilidade de profissionais, ampliando ou reduzindo sua composição mínima. A Nota Técnica cancela o credenciamento de novas equipes NASF-AB e o arquivamento das solicitações enviadas até 27 de janeiro de 2020 (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

### 3.2 Determinantes sociais de saúde

A busca da saúde é tema do pensar e do fazer humano desde tempos imemoriais. O desejo de compreender e intervir na própria saúde definem o ser humano, é uma das características que marcam o seu desenvolvimento, e está presente em toda a história da humanidade (CARVALHO; BUSS, 2014).

A compreensão e as explicações para o processo saúde-doença sofreram a interveniência de diversos fatores determinantes: físicos ou metafísicos, naturais ou sociais, individuais e coletivos. Tais fatores se combinavam ou eram excluídos de acordo com as crenças e os valores das civilizações, e se revezaram no tempo até a atualidade. Estes diversos enfoques sobre os possíveis determinantes da saúde levaram a mudanças e à complexificação dos conceitos de saúde e doença, decorrentes da dúvida da existência de uma fronteira clara entre estes dois estados (BUSS, 2000; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ao logo do tempo, vários modelos de causalidade e de intervenção foram propostos, como forma de enfrentamento às doenças e ao adoecimento. Leavell e Clark (1976 *apud* PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010) propuseram o **Modelo da história natural da doença** e sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Segundo os autores, a história da doença é marcada por dois períodos: 1. pré-patogênese, em que a doença ainda não se manifesta, mas existe no ambiente ou no patrimônio biológico do indivíduo as condições para que ela apareça e; 2. patogênese, em que há modificações fisiopatológicas que se manifestam por sinais e sintomas. Com base nesse modelo foram propostas ações de prevenção primária, atuando sobre o meio ambiente ou

protegendo o indivíduo de agentes patológicos; prevenção secundária, voltada para o diagnóstico precoce e limitação das sequelas; e prevenção terciária, destinada à cura, tratamento e reabilitação. O Modelo da história natural da doença volta-se para doença concebida como processo biológico, embora abranja, na prevenção primária, as dimensões sociais e ambientais.

O **Modelo social estruturalista** foi proposto por Breihl e Granda (1986 *apud* PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010), que descreveram o processo saúde-doença como resultante da inter-relação de três dimensões. A dimensão estrutural, caracterizada pelo modelo de desenvolvimento econômico da sociedade – capitalista ou socialista. A dimensão particular, referente aos processos de reprodução social, determinados pelo trabalho e consumo, que dizem respeito às classes sociais. E, por fim, uma dimensão individual, relativa às características biológicas do ser.

Nos dias de hoje, a saúde é tema central na agenda pública global e, no centro desse processo, está o próprio conceito de saúde, proposto pela OMS e já citado anteriormente. Segundo esse conceito, a saúde engloba uma complexa produção social e valores culturais, e é fortemente impactada por decisões políticas que interferem nos seus determinantes sociais. (WHO, 2020)

O **Modelo do campo da saúde**, assim descrito por Lalonde (1981), no relatório do governo canadense "*A New Perspective on the Health of Canadians*", que propunha a reformulação do sistema de saúde, é o que melhor se adapta ao conceito de saúde contemporâneo. De acordo com esse modelo, as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores:

1. Patrimônio biológico, que inclui a composição genética, fisiológica e fisiopatológica dos indivíduos;
2. Condições sociais, econômicas e ambientais, que envolvem fatores de ordem coletiva, como acesso à educação, segurança, qualidade da água, poluição atmosférica e outros, cujo controle individual é mais limitado.
3. Estilo de vida, que compreende hábitos pessoais e culturais, como o uso de cigarro, dieta e atividade física, cuja incorporação à vida depende, em geral, da decisão de cada indivíduo.
4. Assistência médica, que representa a forma como a sociedade se organiza para cuidar da saúde das pessoas e responder às suas necessidades. Segundo Lalonde (1981), é onde os governos aplicam a maior parte dos seus recursos e é mais difícil identificar ganhos em termos de mudanças nos níveis de saúde da população.

A concepção do campo da saúde parte do princípio de que a saúde e a doença vão além dos aspectos físicos ou genéticos, e são influenciados pelas relações sociais e econômicas que permeiam as formas de acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, entre outros aspectos que são fundamentais para a saúde e qualidade de vida. A Figura 1 resume a relação entre os diversos fatores que determinam a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos no modelo do campo da saúde.

**Figura 1. Determinantes sociais da saúde**



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) *apud* Carvalho e Buss (2014)

### 3.3 Qualidade de vida

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

Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012), as definições de qualidade de vida podem ser tanto amplas, envolvendo inúmeros fatores que exercem influência na qualidade de vida, como restritas, delimitando alguma área. O tema ainda é recente e existem várias definições, nem sempre concordantes, o que demonstra que este é um assunto ainda em processo de consolidação (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O grupo de qualidade de vida da OMS a define como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1996). O conceito tem sido interpretado em diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspectos sociais, econômicos e políticos. Os estudos de qualidade de vida que partem desta definição genérica podem incluir tanto indivíduos saudáveis quanto doentes (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Na área da saúde, segundo Seild e Zannon (2004), há duas tendências para o termo qualidade de vida: a qualidade de vida como um construto mais genérico e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Na primeira tendência, o construto não faz referência específica às disfunções ou agravos à saúde, inclui mais aspectos sociológicos e os pesquisadores que adotam essa visão mais ampla de qualidade de vida, no geral, estudam as pessoas saudáveis da população. No segundo caso, o construto QVRS é utilizado de forma mais específica, para referir-se à percepção do bem-estar, que é diretamente influenciada por alterações no estado de saúde, doença e tratamento (SEIDL; ZANNON, 2004; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

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

Existem dois tipos de QVRS: global e específica para uma doença. A QVRS global refere-se à maneira como um indivíduo avalia seu próprio bem-estar geral e sua saúde, enquanto a medida específica da QVRS fundamenta-se na percepção do paciente sobre como uma doença compromete seu bem-estar e sua saúde (SEILD; ZANNON, 2004).

### ***3.3.1 Instrumentos de medida de qualidade de vida***

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

Os instrumentos genéricos, por sua vez, podem ser classificados como medidas de perfil psicométricas ou índices econométricos. As medidas psicométricas geram pontuações



em diferentes dimensões da saúde (perfil). As medidas econométricas fornecem uma única pontuação global (índice) que incorpora preferências sociais para estados de saúde (utilidade) (CUNNILERA *et al.*, 2010).

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

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

Os instrumentos genéricos são aplicáveis numa ampla variedade de populações, mas não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QVRS de uma determinada doença, ou condição clínica, sendo mais adequados para estudos epidemiológicos, ao planejamento e à avaliação de políticas e programas de saúde. Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da qualidade de vida em determinadas situações (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D) é um instrumento simples, curto, fácil de usar e com capacidade de obter medidas psicométricas (perfil) e medidas de índice econométricos (utilidade/índice). A base conceitual do EQ-5D é a visão holística da saúde, o que inclui a definição médica, bem como a importância fundamental do funcionamento físico, emocional e social independente. O conceito de saúde no EQ-5D também abrange ambos os aspectos positivos (bem-estar) e aspectos negativos (doença) (ANDRADE *et al.*, 2013).

O EQ-5D é aplicável a uma ampla gama de condições de saúde e tratamentos, fornecendo um perfil descritivo simples e um escore único para o estado de saúde que podem ser usados na avaliação clínica e econômica dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas de saúde em populações. Consiste em um sistema descritivo que mede a QVRS em cinco dimensões com três opções de resposta cada uma (Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão) (Figura 2) e o EQ VAS, uma escala

analógica visual de 20 cm que gera uma auto-avaliação da QVRS (MENEZES *et al.*, 2015). A Figura 3 apresenta um exemplo de preenchimento do EQ-5D.

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



Fonte: Adaptado de Euroqol Grupe (2018)

**Figura 3. Versão EQ-5D-3L.**

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

Fonte: Adaptado de Rennen & Oppe, 2015.

A combinação de dimensões (Mobilidade, Cuidados Pessoais, Atividades habituais, Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão) e níveis de respostas gera 243 possíveis estados de saúde. Os estados de saúde são designados por um código numérico que representa o nível de gravidade em cada dimensão. O estado 11111 representa nenhum problema em nenhuma dimensão (saúde perfeita), enquanto o estado 33333 significa problemas extremos em todas as dimensões.

Cada um dos 243 estados de saúde possíveis são valorados de acordo com as preferências em saúde, calculados especificamente para a população brasileira. A partir do estado de saúde perfeita (11111) deduzem-se os pesos adequados, que representam quanto se perde, em termos de utilidade, quando há a presença de algum(ns) problema(s) em alguma(s) dimensão(ões). O resultado é expresso como um escore de qualidade de vida, que varia de 0 (zero), que representa o pior estado possível ou morte, até 1 (um), que é o melhor estado de saúde possível (EUROQOL GROUP, 2018).

Na figura 3 está representado um exemplo de preenchimento do EQ-5D, em que o estado de saúde é 12233, que significa nenhum problema na dimensão mobilidade, alguns problemas com cuidados pessoais e atividades habituais, e problemas extremos nas dimensões dor/mal estar e ansiedade/depressão. Neste caso, o escore do EQ-5D tem o valor atribuído de 0,380, conforme valores de utilidades disponibilizados pelo grupo QALY Brasil no artigo de Santos *et al.* (2015).

## 4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado em uma amostra representativa dos municípios do estado de Minas Gerais, que utilizou o mesmo percurso metodológico e instrumentos adotados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - PNAUM componente Serviços (ALVARES *et al.*, 2017). A PNAUM componente Serviços foi realizada em nível nacional. Após o término da PNAUM foi calculada e selecionada uma amostra específica de Minas Gerais e aplicados os mesmos instrumentos para a coleta dos dados, que foi conduzida pela mesma equipe que realizou a pesquisa nacional. A utilização dos dados para a elaboração do presente trabalho foi aprovada pela coordenação da pesquisa. Importante ressaltar que estes dados não foram previamente utilizados e/ou publicados por outros pesquisadores. Todas as etapas percorridas no percurso metodológico da PNAUM no Estado de Minas Gerais estão apresentadas no APÊNDICE 1.

A população do presente estudo consiste de amostra representativa dos usuários da APS do SUS em MG. A amostra foi calculada em três etapas: primeiro foi calculada a amostra dos municípios em MG; na segunda etapa foi calculada a amostra representativa dos serviços de saúde da APS do SUS-MG pertencentes aos municípios selecionados na primeira etapa; e, por último, foi feito o cálculo da amostra dos usuários da APS do SUS-MG que utilizavam os serviços de saúde previamente selecionados. Assim, chegou-se ao cálculo de 1.254 usuários mas, devido a perdas, foram entrevistados 1.159 usuários. Destes, 1.131 concordaram em participar e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido, compondo a amostra de usuários, foco do presente estudo. Todo o processo de cálculo da amostra está descrito no APÊNDICE 1.

### 4.1 Análise dos dados

Para a análise estatística foram apresentadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Todas as análises descritivas foram estratificadas por sexo, tendo em vista a importância dessa variável para o presente estudo. A comparação das proporções foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson, para as variáveis categóricas, e análise de variância (ANOVA) para as variáveis contínuas.

A análise univariada dos fatores associados à qualidade de vida foi feita por meio de ANOVA. Para a avaliação dos fatores associados de forma independente à qualidade de vida foi utilizado o modelo de regressão linear multivariada. Foi utilizado método de deleção de variáveis até a obtenção do modelo final. Para a verificação do ajuste do modelo foi feita a análise de resíduos.

Em todas as análises foi adotado nível de significância de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

## 5 RESULTADOS

Foram entrevistados 1.131 usuários da APS do SUS em Minas Gerais. A amostra era composta de 900 mulheres (79,6%) e 231 homens (20,4%), com idade média de 46,23 anos. A maior parte se autodeclarou não branco (67,7%) e eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto (45,4%). A proporção de mulheres divorciadas ou viúvas era maior que a de homens (18,6% *versus* 10,8%). As mulheres, em maior proporção, pertenciam à classe social D/E (33,1% *versus* 24,7%) e recebiam algum tipo de auxílio do governo (22,6% *versus* 11,3%) (Tabela 1).

**TABELA 1.** Características sociodemográficas dos usuários entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Total</b> (n = 1131)	<b>Feminino</b> (n = 900)	<b>Masculino</b> (n = 231)	<b>Valor-p</b>
<b>Idade</b>				
Média (desvio-padrão)	46,23 (16,31)	46,63 (16,30)	44,68 (16,29)	0,106
<b>Cor da pele</b>				
Branca	359 (32,3)	287 (32,4)	72 (32,1)	0,510
Outras	752 (67,7)	600 (67,6)	152 (67,9)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	297 (26,3)	228 (25,3)	69 (29,9)	0,016*
Casado/União estável	642 (56,8)	505 (56,1)	137 (59,3)	
Divorciado/Viúvo	192 (17,0)	167 (18,6)	25 (10,8)	
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	85 (7,5)	65 (7,2)	20 (8,7)	0,276
Fundamental incompleto	429 (37,9)	330 (36,7)	99 (42,9)	
Fundamental completo	172 (15,2)	138 (15,3)	34 (14,7)	
Ensino médio	371 (32,8)	308 (34,2)	63 (27,3)	
Ensino superior	74 (6,5)	59 (6,6)	15 (6,5)	
<b>Classe social**</b>				
A/B	165 (14,6)	123 (13,7)	42 (18,2)	0,027*
C	611 (54,0)	479 (53,2)	132 (57,1)	
D/E	355 (31,4)	298 (33,1)	57 (24,7)	
<b>Recebe auxílio do governo</b>				
Sim	229 (20,3)	203 (22,6)	26 (11,3)	<0,001*
Não	901 (79,7)	696 (77,4)	205 (88,7)	
<b>Possui plano de saúde</b>				
Sim	216 (19,3)	172 (19,3)	44 (19,3)	0,998
Não	903 (80,7)	719 (80,7)	184 (80,7)	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05

\*\*Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

As doenças crônicas não transmissíveis estão presentes aproximadamente 70% dos usuários entrevistados. Há alta prevalência de hipertensão (43,5%), dislipidemia (28,4%) e depressão (25,2%). Foi possível observar que há maior proporção de homens em multimorbidade (duas ou mais doenças crônicas) em comparação com as mulheres. Existem algumas diferenças entre homens e mulheres quanto à presença de doenças crônicas. Homens, em maior proporção, apresentam hipertensão e diabetes, enquanto as mulheres apresentam, em maior proporção, doença pulmonar crônica, artrite, artrose, reumatismo e depressão.

Considerando os 12 meses anteriores à entrevista, 29,5% dos entrevistados precisaram de algum atendimento em serviço de emergência e 14,1% ficaram internados por pelo menos um dia. Quanto à auto avaliação de saúde, 64,3% avaliam sua saúde como boa ou muito boa. As características clínicas encontram-se na Tabela 2.

Com relação ao estilo de vida, 32,4% dos usuários da APS do SUS em Minas Gerais praticam alguma atividade física regularmente e apenas 12,9% realizam alguma atividade na UBS onde foram entrevistados.

A maior parte dos entrevistados fazia dieta para redução do consumo de sal (70,7%), gordura (61,7%) e açúcar (52,3%). As mulheres, em maior proporção que os homens, fazem dieta para perder peso (22,9% versus 16,5%). Os homens, em maior proporção que as mulheres, fazem uso de bebida alcoólica (43,7% versus 26,3%) e de cigarro (19,5% versus 13,7%). Os dados encontram-se na Tabela 3.

A avaliação da qualidade de vida, com o uso do instrumento genérico EQ-5D, mostra que 81,4% dos entrevistados não tem problemas em andar, 95,4% não tem problemas com seus cuidados pessoais, e 81,7% não tem problemas em desempenhar suas atividades habituais. A proporção de saúde perfeita, ou seja, nenhum problema relatado em nenhuma das dimensões foi de 24%. Com relação à presença de dor ou mal estar, 55,7% relatam dor ou mal estar moderados ou extremos e a proporção de mulheres com estes sintomas é significativamente maior ( $p < 0,001$ ). Também se observa maior proporção de mulheres com sintomas de ansiedade e/ou depressão moderados ou extremos em relação aos homens (59,6% versus 37,6%,  $p < 0,001$ ). O escore geral de qualidade de vida foi, em média 0,753 ( $\pm 0,182$ ), em uma escala em que 1 representa o melhor estado de saúde, com diferença estatisticamente significativa na comparação entre homens (0,796  $\pm$  0,189) e mulheres (0,742  $\pm$  0,179). (Tabela 4).



**TABELA 2.** Características clínicas dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Total (n=1131)</b>	<b>Feminino (n=900)</b>	<b>Masculino (n=231)</b>	<b>valor-p</b>
<b>Doenças crônicas</b>				
Nenhuma	335 (29,6)	281 (32,8)	54 (24,5)	0,050*
Uma	283 (25,0)	223 (26,0)	60 (27,3)	
Duas ou mais (multimorbidade)	459 (40,6)	353 (41,2)	106 (48,2)	
<b>Hipertensão</b>				
Sim	491 (43,5)	373 (41,6)	118 (51,1)	0,006*
Não	637 (56,5)	524 (58,4)	113 (48,9)	
<b>Diabetes</b>				
Sim	161 (14,3)	115 (12,8)	46 (20,2)	0,004*
Não	963 (85,7)	781 (87,2)	182 (79,8)	
<b>Doença do coração</b>				
Sim	135 (12,1)	101 (11,4)	34 (14,8)	0,100
Não	981 (87,9)	785 (88,6)	196 (85,2)	
<b>Dislipidemia</b>				
Sim	315 (28,4)	247 (27,9)	68 (30,1)	0,284
Não	796 (71,6)	638 (72,1)	158 (69,9)	
<b>AVC</b>				
Sim	23 (2,0)	16 (1,8)	7 (3,1)	0,167
Não	1105 (98,0)	883 (98,2)	222 (96,9)	
<b>Doença pulmonar crônica</b>				
Sim	148 (13,1)	126 (14,0)	22 (9,5)	0,042*
Não	982 (86,9)	773 (86,0)	209 (90,5)	
<b>Artrite, artrose, reumatismo</b>				
Sim	205 (18,3)	178 (20,0)	27 (11,7)	0,002*
Não	913 (81,7)	710 (80,0)	203 (88,3)	
<b>Depressão</b>				
Sim	284 (25,2)	245 (27,3)	39 (17,0)	0,001*
Não	843 (74,8)	652 (72,7)	191 (83,0)	
<b>Atendimento em emergência (último ano)</b>				
Sim	333 (29,5)	269 (30,0)	64 (27,7)	0,280
Não	796 (86,2)	629 (70,0)	167 (72,3)	
<b>Internação (último ano)</b>				
Sim	160 (14,1)	124 (13,8)	36 (15,6)	0,272
Não	971 (85,9)	776 (86,2)	195 (84,4)	
<b>Auto avaliação de saúde</b>				
Muito boa	167 (14,8)	132 (14,7)	35 (15,2)	0,991
Boa	558 (49,5)	446 (49,7)	112 (48,7)	
Nem ruim nem boa	334 (29,6)	266 (29,6)	68 (29,6)	
Ruim	53 (4,7)	42 (4,7)	11 (4,8)	
Muito ruim	16 (1,4)	12 (1,3)	4 (1,7)	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05

**TABELA 3.** Características de estilo de vida dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Total (n=1131)</b>	<b>Feminino (n=900)</b>	<b>Masculino (n=231)</b>	<b>valor-p</b>
<b>Participa de atividades na UBS</b>				
Sim	145 (12,9)	120 (13,4)	25 (10,9)	0,186
Não	983 (87,1)	778 (86,6)	205 (89,1)	
<b>Pratica atividade física</b>				
Sim	367 (32,4)	288 (32,0)	79 (34,2)	0,287
Não	764 (67,6)	612 (68,0)	152 (65,8)	
<b>Dieta para perda de peso</b>				
Sim	244 (21,6)	206 (22,9)	38 (16,5)	0,019*
Não	887 (78,4)	694 (77,1)	193 (83,5)	
<b>Dieta para redução de sal</b>				
Sim	800 (70,7)	640 (71,1)	160 (69,3)	0,318
Não	331 (29,3)	260 (28,9)	71 (30,7)	
<b>Dieta para redução de gordura</b>				
Sim	698 (61,7)	573 (63,7)	125 (54,1)	0,005*
Não	433 (38,3)	327 (36,3)	106 (45,9)	
<b>Dieta para redução de açúcar</b>				
Sim	591 (52,3)	480 (53,3)	111 (48,1)	0,087
Não	540 (47,7)	420 (46,7)	120 (51,9)	
<b>Uso de adoçante</b>				
Sim	256 (22,6)	210 (23,3)	46 (19,9)	0,154
Não	875 (77,4)	690 (76,7)	185 (80,1)	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>				
Sim	338 (29,9)	237 (26,3)	101 (43,7)	<0,001*
Não	793 (70,1)	663 (73,7)	130 (56,3)	
<b>Uso de cigarro</b>				
Sim	168 (14,9)	123 (13,7)	45 (19,5)	0,019*
Não	963 (85,1)	777 (86,3)	186 (80,5)	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05

**TABELA 4.** Qualidade de vida dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS – dimensões e escore do Eq5D, Minas Gerais, 2015.

	<b>Total (n=1131)</b>	<b>Feminino (n=900)</b>	<b>Masculino (n=231)</b>	<b>valor- p</b>
<b>Mobilidade</b>				
Não tenho problemas em andar	921 (81,4)	725 (80,6)	196 (84,8)	0,251
Tenho alguns problemas em andar	207 (18,3)	173 (19,2)	34 (14,7)	
Estou limitado a ficar na cama	3 (0,3)	2 (0,2)	1 (0,4)	
<b>Cuidados pessoais</b>				
Não tenho problemas com meus cuidados pessoais	1079 (95,4)	863 (95,9)	216 (93,5)	0,234
Tenho alguns problemas para me lavar ou vestir	51 (4,5)	36 (4,0)	15 (6,5)	
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho	1 (0,1)	1 (0,1)	0 (0,0)	
<b>Atividades habituais</b>				
Não tenho problemas em desempenhar minhas atividades habituais	924 (81,7)	735 (81,7)	189 (81,8)	0,017
Tenho alguns problemas em desempenhar minhas atividades habituais	201 (17,8)	163 (18,1)	38 (16,5)	
Sou incapaz de desempenhar minhas atividades habituais	6 (0,5)	2 (0,2)	4 (1,7)	
<b>Dor / mal-estar</b>				
Não tenho dores ou mal-estar	502 (44,4)	366 (40,7)	136 (58,9)	<0,001
Tenho dores ou mal-estar moderados	461 (40,8)	390 (43,3)	71 (30,7)	
Tenho dores ou mal-estar extremos	168 (14,9)	144 (16,0)	24 (10,4)	
<b>Ansiedade / depressão</b>				
Não estou ansioso / deprimido	507 (44,8)	363 (40,3)	144 (62,3)	<0,001
Estou moderadamente ansioso / deprimido	389 (34,4)	336 (37,3)	53 (22,9)	
Estou extremamente ansioso / deprimido	235 (20,8)	201 (22,3)	34 (14,7)	
<b>Eq5D</b> média (desvio padrão)	0,753 (0,182)	0,742 (0,179)	0,796 (0,189)	<0,001

Com relação às características sociodemográficas, foi possível verificar que indivíduos do sexo masculino, solteiros, com maiores níveis de escolaridade, pertencentes às classes sociais A ou B e que não recebiam auxílio do governo apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

A análise univariada para a verificação das características dos indivíduos que se relacionavam de forma estatisticamente significativa com a qualidade de vida estão apresentadas nas Tabelas 5, 6 e 7.

**TABELA 5.** Análise univariada da qualidade de vida e características sociodemográficas dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	0,742	0,179	<0,001*
Masculino	0,796	0,188	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	0,760	0,181	0,400
Outras	0,750	0,183	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	0,778	0,165	<0,001*
Casado/União estável	0,753	0,186	
Divorciado/Viúvo	0,709	0,188	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	0,694	0,181	<0,001*
Fundamental incompleto / completo	0,730	0,184	
Ensino médio	0,791	0,171	
Ensino superior	0,814	0,170	
<b>Classe social**</b>			
A/B	0,821	0,165	<0,001*
C	0,751	0,180	
D/E	0,723	0,186	
<b>Recebe auxílio do governo</b>			
Sim	0,720	0,176	0,002*
Não	0,761	0,182	
<b>Possui plano de saúde</b>			
Sim	0,752	0,173	0,870
Não	0,750	0,184	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05

\*\*Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

Todas as características clínicas se relacionavam à qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS de Minas Gerais. Ressalta-se que aqueles que relataram não apresentar nenhuma doença crônica e aqueles que auto avaliaram sua saúde como boa ou muito boa obtiveram os maiores escores de qualidade de vida.

Com relação ao estilo de vida, os indivíduos que participavam de atividades na UBS e que praticavam atividades físicas apresentaram maiores escores de qualidade de vida, enquanto aqueles que faziam dietas para redução de peso, de consumo de sal, gordura ou açúcar, que utilizavam adoçante e que fumavam apresentaram menores escores de qualidade de vida.

**TABELA 6.** Análise univariada da qualidade de vida e características clínicas dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Doenças crônicas</b>			
Nenhuma	0,832	0,160	<0,001*
Uma	0,780	0,157	
Duas ou mais (multimorbidade)	0,691	0,183	
<b>Hipertensão</b>			
Sim	0,718	0,173	<0,001*
Não	0,780	0,188	
<b>Diabetes</b>			
Sim	0,694	0,192	<0,001*
Não	0,763	0,178	
<b>Doença do coração</b>			
Sim	0,672	0,193	<0,001*
Não	0,765	0,177	
<b>Dislipidemia</b>			
Sim	0,699	0,182	<0,001*
Não	0,776	0,177	
<b>AVC</b>			
Sim	0,626	0,188	0,001*
Não	0,755	0,181	
<b>Doença pulmonar crônica</b>			
Sim	0,699	0,189	<0,001*
Não	0,761	0,180	
<b>Artrite, artrose, reumatismo</b>			
Sim	0,629	0,169	<0,001*
Não	0,782	0,172	
<b>Depressão</b>			
Sim	0,644	0,168	<0,001*
Não	0,789	0,172	
<b>Emergência (último ano)</b>			
Sim	0,696	0,182	<0,001*
Não	0,777	0,177	
<b>Internação (último ano)</b>			
Sim	0,721	0,176	0,019*
Não	0,758	0,183	
<b>Auto avaliação de saúde</b>			
Muito boa / boa	0,813	0,158	<0,001*
Regular	0,662	0,165	
Ruim / Muito ruim	0,550	0,175	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05. AVC: Acidente vascular cerebral

**TABELA 7.** Análise univariada da qualidade de vida e características de estilo de vida dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Participa de atividades na UBS</b>			
Sim	0,781	0,181	<0,001*
Não	0,739	0,181	
<b>Pratica atividade física</b>			
Sim	0,781	0,180	<0,001*
Não	0,739	0,181	
<b>Dieta para perda de peso</b>			
Sim	0,722	0,175	0,003*
Não	0,761	0,183	
<b>Dieta para redução de sal</b>			
Sim	0,741	0,184	0,001*
Não	0,781	0,174	
<b>Dieta para redução de gordura</b>			
Sim	0,737	0,187	<0,001*
Não	0,778	0,172	
<b>Dieta para redução de açúcar</b>			
Sim	0,741	0,187	0,030*
Não	0,765	0,176	
<b>Uso de adoçante</b>			
Sim	0,724	0,186	0,004*
Não	0,761	0,180	
<b>Uso de bebida alcoólica</b>			
Sim	0,766	0,171	0,107
Não	0,747	0,187	
<b>Uso de cigarro</b>			
Sim	0,719	0,182	0,009*
Não	0,758	0,182	

\* Diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 0,05

Todas as variáveis associadas à qualidade de vida ( $p < 0,20$ ) foram inseridas em um modelo de análise de regressão linear múltipla. As variáveis associadas de forma independente à qualidade de vida ( $p < 0,05$ ) estão apresentadas na Tabela 8. Observa-se que as características: ser do sexo feminino, ter tido a necessidade de procurar um serviço de emergência no ano anterior à entrevista, ter tido alguma vez na vida o diagnóstico de AVC, artrite, artrose ou reumatismo, depressão e estar em dieta para redução de peso, estão associadas, de forma independente, a pior qualidade de vida. Por outro lado, a auto avaliação da saúde como boa ou muito boa e a prática de atividade física se relacionam com melhor qualidade de vida.

**TABELA 8.** Modelo final da análise multivariada de fatores associados à qualidade de vida dos pacientes entrevistados no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, Minas Gerais, 2015.

	<b>Coefficiente <math>\beta</math></b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor-p</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	Ref		
Feminino	-0,082	[-0,059; -0,015]	0,001
<b>Auto avaliação de saúde</b>			
Regular / Ruim / Muito ruim	Ref		
Boa / Muito boa	0,318	[0,101; 0,141]	<0,001
<b>Emergência (último ano)</b>			
Não	Ref		
Sim	-0,119	[-0,067; -0,028]	<0,001
<b>AVC</b>			
Não	Ref		
Sim	-0,077	[-0,165; -0,038]	0,002
<b>Artrite, artrose, reumatismo</b>			
Não	Ref		
Sim	-0,183	[-0,110; -0,062]	<0,001
<b>Depressão</b>			
Não	Ref		
Sim	-0,200	[-0,106; -0,063]	<0,001
<b>Dieta para perda de peso</b>			
Sim	Ref		
Não	-0,060	[-0,048; -0,005]	0,016
<b>Pratica atividade física</b>			
Sim	Ref		
Não	0,077	[0,011 – 0,049]	0,002

IC: Intervalo de confiança; AVC: Acidente vascular cerebral

## 6 DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou a qualidade de vida de usuários da APS do SUS em Minas Gerais. Trata-se do primeiro estudo a avaliar a qualidade de vida em amostra representativa e tem potencial para influenciar as decisões no âmbito do SUS, no sentido de incorporar ações e/ou serviços que possam melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

A amostra é composta por maioria de mulheres (79,6%) e concorda com outros estudos que demonstram que as mulheres buscam mais por serviços de saúde. A maioria relatou cor da pele não branca (67,7%), tinha até 8 anos de escolaridade (60,7%), sendo 7,5% analfabetos.

A análise descritiva dos dados mostrou diferenças significativas na comparação entre homens e mulheres que buscam a APS em MG. Embora apresentem a mesma idade média, as mulheres apresentam a maior proporção de divorciados e viúvos que os homens. Quanto à renda, as mulheres estão em maior situação de vulnerabilidade e, proporcionalmente, recebem mais auxílio do governo. No entanto, não foram observadas diferenças quanto ao uso de planos de saúde.

Quando se compara os usuários do SUS em Minas Gerais com os avaliados por Lima-Costa *et al.* (2013) em Belo Horizonte, nota-se que, em Minas Gerais, a proporção de indivíduos com uma ou mais comorbidades é de 65,6% e, em Belo Horizonte (BH), 34,3%. Essa grande diferença pode ser explicada pela forma como foi selecionada a amostra e conduzida a pesquisa nos dois estudos, sendo a amostra de BH calculada para ser representativa do município, com entrevistas realizadas em domicílio, e a deste estudo uma amostra de usuários do SUS que aguardavam por uma consulta médica na UBS. A proporção de indivíduos com pelo menos uma doença crônica em Minas Gerais também foi maior que a encontrada por Azevedo *et al.* (2013), de 51,8%, em estudo que avaliou a relação entre qualidade de vida e doenças crônicas na APS em Pelotas, Rio Grande do Sul.

As prevalências de hipertensão e diabetes foram 43,5% e 14,3%, respectivamente. Os resultados da PNAUM serviços foram de 41,6% e 21,6% na região Sudeste e 38,6% e 22,7% no Brasil (GUIBU *et al.*, 2017). Nota-se uma prevalência maior de hipertensão e menor de diabetes, na comparação entre Minas Gerais e a região Sudeste e o Brasil.

Foi possível observar que os homens possuem mais doenças crônicas que as mulheres, o que reforça a hipótese de que os homens são mais resistentes a buscar a APS, pois os que buscam a assistência à saúde estão em condição de saúde já precária. Tal fato levou à criação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, pelo Ministério da Saúde (BRASIL,



2015). Observa-se também que há diferenças no padrão de adoecimento: os homens, proporcionalmente, apresentam mais diabetes e hipertensão, doenças geralmente relacionadas com os hábitos alimentares e estilo de vida, enquanto as mulheres apresentam mais doenças pulmonares, reumáticas e depressão, o que também é observado em outros estudos que investigaram as comorbidades em homens e mulheres na APS (GUIBU *et al.*, 2017; LIMA-COSTA *et al.*, 2013)

Dos entrevistados, 14,1% precisaram de internação nos 12 meses anteriores à entrevista, valores superiores ao identificado por Lima-Costa *et al.* (2013) em Belo Horizonte, que foi de 3,6% para o grupo coberto pela ESF. Também foram encontrados valores inferiores pela PNAUM serviços para a região sudeste (7,6%) e para o Brasil (9,6%) (GUIBU *et al.*, 2017). A auto avaliação de saúde como ruim ou muito ruim também foi maior nos participantes do presente estudo (6,1%), em comparação com o realizado em Belo Horizonte (4,4%) e para a região Sudeste (5,6%). Isto pode significar que os usuários do SUS em Belo Horizonte e na região Sudeste apresentam melhores condições de vida e saúde que os de Minas Gerais, avaliados neste trabalho.

Com relação ao estilo de vida, foi possível verificar que a maioria dos usuários faz dieta para redução de sal, gordura e açúcar da alimentação. Do total, 32,4% praticam atividade física e apenas 12,9% participam de atividades na UBS.

De modo geral, as mulheres fazem mais dietas que os homens. Essa diferença é significativa quando se observam as dietas para perda de peso e redução de gordura da alimentação. Por outro lado, os homens consomem mais álcool e cigarro que as mulheres.

A avaliação da qualidade de vida mostrou que as dimensões dor / mal-estar e ansiedade/depressão são as que mais impactam a vida dos usuários do SUS, seguidas pelas dimensões atividades habituais e mobilidade. A dimensão cuidados pessoais é a menos impactada nessa população.

Um dos limites do EQ-5D, apontados em estudos nacionais e internacionais (CUNILLERA *et al.*, 2010; MUJICA-MOTA *et al.*, 2015; MENEZES *et al.*, 2015) é a grande frequência de respostas “saúde perfeita. No entanto, no presente estudo, 24% dos participantes apresentaram saúde perfeita, frequência inferior à descrita na PNAUM serviços, de 36% (ASCEF *et al.*, 2017) e à reportada por Menezes *et al.* (2015), em Minas Gerais, de 27%. Estudos conduzidos em outros países encontraram frequências de saúde perfeita bem maiores, como 58% no Reino Unido, 47% no Canadá e nos Estados Unidos, 60% na Catalunha e 61% na Argentina. Uma possível explicação para os menores valores encontrados no Brasil é a grande heterogeneidade sócio econômica e a presença de fortes desigualdades em saúde,

fazendo com que indivíduos que pertencem às classes econômicas mais baixas tenham menor probabilidade de apresentarem saúde perfeita. O EQ-5D é considerado uma boa medida de QVRS em países em desenvolvimento e com maiores níveis de desigualdade social, como o Brasil. Para países mais homogêneos, um instrumento mais sensível é necessário para capturar pequenas diferenças na saúde (MENEZES *et al.*, 2015).

O escore médio de qualidade de vida encontrado neste estudo (0,753) é inferior ao observado na PNAUM serviços e no estudo de Menezes *et al.* (2015), na população geral de Minas Gerais (0,847). A diferença em relação à população geral de Minas Gerais pode ser explicada pelas características dos participantes, que no presente estudo era composto por indivíduos em busca de atendimento médico em UBS do SUS.

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas demonstram que as mulheres, em geral, percebem sua qualidade de vida de forma pior que os homens, o que também foi observado neste estudo. Observa-se, em diversos estudos, que as mulheres buscam os serviços de saúde mais que os homens, e uma possível justificativa é o fato de que, além de terem uma autopercepção de saúde pior do que os homens, elas expressam com maior facilidade seus sintomas, realizam pré-natal e consultas de puericultura. Sabe-se também que, embora as mulheres tenham melhores taxas de sobrevivência do que homens em todo o ciclo de vida, elas experimentam taxas mais elevadas de morbidade e limitações funcionais (AZEVEDO *et al.*, 2013; ALVES *et al.*, 2007). No presente estudo as mulheres têm pior qualidade de vida, influenciada pelos piores escores nas dimensões dor / mal-estar e ansiedade / depressão.

Não se pode perder de vista que os homens, apesar de apresentarem melhores escores de qualidade de vida que as mulheres, têm a característica de procurarem tardiamente os serviços de saúde, o que os coloca em situação de perda de oportunidade para o diagnóstico precoce de doenças muito prevalentes, como hipertensão e diabetes, que são melhor tratadas se detectadas antes do aparecimento de complicações, que podem comprometer a qualidade de vida.

Foi feita a avaliação dos fatores associados independentemente à qualidade de vida. Ser do sexo feminino, ter ido a um serviço de emergência no ano anterior à entrevista, ter diagnóstico de AVC, artrite, artrose, reumatismo ou depressão e fazer dieta para perder peso impactam negativamente a qualidade de vida. Por outro lado, a auto avaliação de saúde como boa ou muito boa e a prática de atividade física impactam positivamente a qualidade de vida.

A presença de condições crônicas afeta a qualidade de vida das pessoas. No âmbito da APS, o tratamento dessas condições visa melhorar o estado funcional, minimizar sintomas,

controlar a dor, reduzir a deficiência e prolongar a vida. As equipes multiprofissionais de saúde, para atingirem as metas de tratamento, devem desenvolver parcerias entre si e com os pacientes, estabelecendo prioridades no atendimento às suas necessidades, com o objetivo de manter uma boa qualidade de vida (BUSS, 2000; MENDES, 2012)

Fatores relacionados ao estilo de vida, como dieta, atividade física, consumo de álcool e fumo podem contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas que, por sua vez, impactam a qualidade de vida. A oferta e acompanhamento de ações voltadas para a adoção de hábitos saudáveis de vida, como a prática de atividade física, com vistas à redução de peso e socialização, como uma forma de promoção de saúde, podem trazer resultados positivos em termos de controle das condições crônicas, bem como melhora da qualidade de vida (WHO, 2010).

A auto avaliação de saúde está intimamente relacionada com a qualidade de vida. A auto percepção de saúde é uma medida validada e reprodutível, sendo um bom preditor de mortalidade e morbidade, que pode ser usada pelas equipes do NASF para eleger grupos prioritários para ações de promoção de saúde, bem como para intervenções clínicas (ASCEF *et al.*, 2017).

## **6.1 Como os resultados desta pesquisa podem contribuir para o meu trabalho como Referência Técnica da SMS-BH**

A principal pergunta de pesquisa desse trabalho diz respeito à possibilidade de intervenção, por parte das equipes de APS, em fatores que possam melhorar a qualidade de vida dos usuários da APS do SUS. Os resultados deste estudo apontam para algumas possibilidades de planejamento de ações nesse sentido, entre eles: observa-se que as mulheres são as que mais procuram por atendimento médico e também as que, em maior proporção, apresentam diagnóstico de depressão e fazem dieta para perda de peso. Estas características se associam significativamente a um quadro de pior qualidade de vida, o que faz com que esse grupo seja passível de intervenções com foco na melhoria da qualidade de vida. Além disso, os resultados desse estudo mostraram que indivíduos que praticam atividade física têm melhor qualidade de vida, no entanto, apenas 32,4% dos entrevistados têm rotina de exercícios físicos.

Com base nesses resultados, propõe-se um plano de ação para implantação de projeto de melhoria da qualidade de vida de mulheres atendidas por equipes do NASF da SMS-BH.

### **6.1.1 Plano de ação – Mais Qualidade de Vida**

Pensar em ações para o atendimento diferenciado desse grupo de mulheres, no âmbito do NASF, com a atuação conjunta de psicólogos, assistente social, nutricionistas e educadores físicos, no sentido de avaliar sintomas de depressão - e fazer encaminhamento para o médico responsável, para o uso de medicamentos, quando necessário – promover a perda de peso, por meio de orientação de dieta e a prática de atividade física, adequada à condição física das participantes, pode impactar positivamente a qualidade de vida das mulheres atendidas na APS do SUS. Neste contexto, propõe-se o projeto “*Mais Qualidade de Vida*” como estratégia de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, a ser conduzido conforme plano de ação ora apresentado.

#### **6.1.1.1 Objetivo**

O principal objetivo deste plano de ação é promover a melhoria da qualidade de vida de mulheres atendidas por uma equipe do NASF da regional centro-sul de Belo Horizonte.

#### **6.1.1.2 Ações e atividades a serem executadas**

O plano de ação apresenta algumas etapas que precedem a sua execução, propriamente dita. Antes de colocá-lo em prática é necessária a apreciação e aprovação pelo gestor regional da SMS-BH, além da liberação das atividades pelos gerentes locais dos profissionais do NASF, envolvidos no plano. A coordenação do plano de ação ficará a cargo da referência técnica. A primeira etapa consiste em uma reunião, envolvendo o gestor regional e os gerentes locais, para a apresentação dos resultados deste estudo: “Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS: é possível intervir?”, que justificam a elaboração deste plano. Nesta mesma reunião serão expostos os objetivos do plano de ação, esclarecidas eventuais dúvidas e pactuadas as necessárias liberações dos profissionais envolvidos.

A Regional de Saúde Centro-Sul conta, atualmente, com 4 (quatro) equipes de NASF. Uma delas será escolhida para a condução deste plano de ação. Será selecionada a equipe que contar com todos os profissionais que serão envolvidos no plano (psicólogo, assistente social, nutricionista e educador físico), academia da cidade e infraestrutura que possibilite reuniões, atendimentos individuais e em grupos.

O plano de ação tem prazo de execução de 1 (um) ano, contado a partir do início das atividades pela equipe do NASF. As ações e atividades a serem executadas para se atingir o objetivo proposto serão apresentadas em ordem sequencial, com definição de datas, responsáveis pela execução de cada ação e, ao final, como serão monitorados os resultados deste plano.

### **I. Oficina de trabalho com a equipe do NASF que desenvolverá o projeto**

A primeira atividade do plano de ação será a realização de uma oficina de trabalho com a equipe do NASF selecionada para apresentação, discussão e finalização do plano de ação. A oficina tem o objetivo de sensibilizar os profissionais para a participação no projeto.

Os resultados da pesquisa “**Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS em Minas Gerais**”, que são a base para a elaboração deste plano de ação, serão apresentados aos profissionais. Na sequência, as etapas propostas serão colocadas em discussão: seleção das participantes, atividades para a melhoria da qualidade de vida e avaliação dos resultados.

A partir do pré-projeto elaborado pela referência técnica, responsável pelo plano, serão debatidas e incorporadas as sugestões dadas pelos profissionais de saúde, referentes à sua prática e experiências prévias, de modo a adequar a proposta às estruturas físicas e de recursos humanos disponíveis. Ressalta-se que a oficina tem papel chave para a viabilidade e factibilidade do plano de ação.

### **II. Seleção do grupo alvo para a intervenção**

Serão selecionadas 30 mulheres para a participação no plano de ação, usuárias do SUS e adscritas à academia da cidade, vinculadas a um centro de saúde. As mulheres devem ter entre 40 e 60 anos e disponibilidade para participar das atividades propostas. Antes do início das atividades elas deverão preencher uma ficha de anamnese, contendo seus dados sócio demográficos e clínicos, hábitos e estilo de vida, além da medida de qualidade de vida e avaliação física. O formulário proposto encontra-se no APÊNDICE 2.

### III. Propostas de atividades para melhoria da qualidade de vida

As atividades serão elaboradas em conjunto pela equipe do NASF-AB, em especial por psicólogos, nutricionistas e educadores físicos. O objetivo é melhorar a qualidade de vida, com intervenções que envolvam atividade física e alimentação saudável, voltadas para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão, e perda de peso, quando necessário.

Estes profissionais especificamente, sem prescindir dos demais, deverão propor encontros periódicos, com a frequência adequada para que se chegue aos resultados esperados. Esses encontros funcionarão como oficinas de melhoria de qualidade de vida, no âmbito do projeto “Mais Qualidade de Vida”.

No quadro abaixo são apresentadas as propostas de atividades, locais, periodicidade e os responsáveis por cada uma das atividades. A periodicidade varia de acordo com as especificidades das atividades e capacidade das equipes.

**Quadro 1. Atividades do projeto “Mais Qualidade de Vida”**

<b>Atividade</b>	<b>Local</b>	<b>Periodicidade*</b>	<b>Responsável</b>
Consulta individual com médico – avaliação do estado atual de saúde	Centro de saúde	Semestral	Médico
Consulta individual com nutricionista – avaliação nutricional e propostas de mudanças de hábitos alimentares	Centro de saúde	Trimestral	Nutricionista
Consulta individual com educador físico – avaliação física e estabelecimento de metas	Centro de saúde	Trimestral	Educador físico
Prática de atividade física em grupo – atividades lúdicas e variadas	Academia da cidade	Semanal (3 vezes por semana)	Educador físico
Rodas de conversas sobre o processo de auto cuidado, melhoria da autoestima e adesão às atividades físicas e dietas recomendadas.	Centro de saúde	Semanal, no 1º mês, quinzenal a partir do 2º mês	Psicólogo Assistente social

\* A periodicidade pode ser ajustada, se necessário.

### IV. Avaliação dos resultados do plano de ação

A avaliação do plano de ação será feita considerando três aspectos principais:

### 1. A adesão e satisfação dos profissionais de saúde envolvidos

A adesão e satisfação dos profissionais envolvidos serão avaliadas em reuniões bimensais, realizadas com toda a equipe, para que os resultados parciais e final sejam discutidos. Essas reuniões também servirão para a realização de ajustes, se necessárias, no plano de ação. Todas as alterações propostas serão documentadas e comporão o relatório final do projeto. Além disso, serão solicitados aos profissionais o preenchimento de questionário auto aplicável que avaliará a satisfação e o envolvimento dos profissionais, a cada 3 meses.

### 2. Adesão e satisfação das participantes do projeto.

A medida da adesão das participantes será feita pela frequência às atividades propostas. Será considerada uma boa adesão a presença em pelo menos 80% dos encontros. O acompanhamento da frequência será feito pelos profissionais, que deverão relatar a ausência dos participantes para a coordenação do plano de ação. Será feita busca ativa das participantes não aderentes, por meio de ligação telefônica, que poderá se repetir por até 3 vezes para cada uma das mulheres do grupo. Na busca ativa os profissionais deverão questionar os motivos da desistência em participar do grupo.

A satisfação será medida com o uso de questionário abordando questões sobre a qualidade, aceitabilidade e adequação das atividades à rotina das participantes. Será também avaliada a intenção de permanecer no grupo e a indicação para parentes e amigas.

### 3. Melhoria da qualidade de vida das participantes.

A qualidade de vida será medida no início e ao final do projeto. Serão utilizados os instrumentos EQ-5D, SF-36 e alguns fatores que se associam a qualidade de vida, como qualidade do sono e vida sexual. Serão também avaliados parâmetros laboratoriais e clínicos no início e fim do projeto, para avaliação da ocorrência de mudanças.

A partir dos resultados dos três aspectos avaliados, será possível avaliar a viabilidade de ampliação das atividades para outras equipes do NASF e realizar adequações que se fizerem necessárias.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, a APS, como contato mais próximo dos usuários para o cuidado em saúde, tem o potencial de intervir nos fatores que influenciam a qualidade de vida (MENDES, 2012). A atenção primária é o componente fundamental do SUS e tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos do cuidado, na busca da universalidade, equidade e integralidade do cuidado. No cerne da oferta de serviços de saúde na APS estão a prevenção de agravos e a promoção da saúde, com vistas ao incremento da qualidade de vida. O NASF, como estratégia para incrementar o acesso da população a serviços de APS, tem sido um importante local de discussão de estratégias de prevenção e promoção de saúde. No entanto, a extinção, pelo Ministério da Saúde, das equipes do NASF-AB e a desvinculação dos recursos de custeio federal para o NASF, com a justificativa de dar ao gestor municipal maior autonomia na gestão dos seus recursos, pode impactar negativamente na criação e manutenção desses serviços de APS, visto que o cenário da saúde no Brasil se caracteriza por demandas crescentes e limitação de recursos.

Os resultados do presente estudo podem apoiar a tomada de decisão dos gestores do SUS e subsidiar a elaboração de programas e políticas públicas efetivas, e a promoção de ações de saúde voltadas, principalmente, para as dimensões e fatores que mais afetam a qualidade de vida dos usuários da APS do SUS. É preciso, entretanto, que haja uma atuação intersetorial que favoreça a promoção da saúde em comunidades e grupos populacionais específicos, com o objetivo de promover mudança de comportamentos e adoção de estilos de vida mais saudáveis (MALTA *et al.*, 2006).

No cerne desta questão está o indivíduo, que tem papel essencial e decisório na própria qualidade de vida e nos fatores a ela associados. A saúde (e a doença) e a percepção do indivíduo sobre sua saúde estão entre os fatores que mais impactam a qualidade de vida dos indivíduos. Daí a necessidade de se promover a autonomia dos sujeitos e coletividades na conquista do direito à saúde e à qualidade de vida (MALTA *et al.*, 2006).

A proposta de um plano de ação para a melhoria da qualidade de vida, fruto deste projeto de pesquisa, pretende ser uma resposta ao SUS e à sociedade, na busca pela melhoria da qualidade de vida do grupo mais impactado por questões econômicas, sociais e clínicas – as mulheres. As intervenções propostas e, futuramente, seus resultados, podem abrir portas



para novas formas de abordagem das pessoas, com maior foco sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Nesse sentido, o NASF pode contribuir de forma importante, ao fomentar e promover ações que levem os indivíduos a pensar em si mesmos como parte fundamental de uma família e sociedade, promovendo o autocuidado e a busca por melhores condições de vida.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marco A. B.; GUTIERREZ, Gustavo L.; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.
- ALVARES, Juliana, ALVES, Maria C. G. P.; ESCUDER Maria M. L.; ALMEIDA, Alessandra M.; IZIDORO, Jans B.; GUERRA JUNIOR, Augusto A., COSTA, Karen S.; COSTA, Ediná A.; GUIBU, Ione A.; SOEIRO, Orlando M.; LEITE, Silvana N.; KARNIKOWSKI, Margô G. O.; ACURCIO, Francisco A. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, (Supl.2): 4s. 2017.
- ALVARES, Juliana; ALMEIDA, Alessandra M; SZUSTER, Daniele A. C.; GOMES, Isabel C.; ANDRADE, Eli I. G.; ACURCIO, Francisco de A.; CHERCHIGLIA, Mariângela L. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1903-1910, Jan. 2013.
- ALVES, Luciana C.; LEIMANN, Beatriz C. Q.; VASCONCELOS, Maria E. L.; CARVALHO, Maria S.; VASCONCELOS, Ana G. G.; FONSECA, Thaís C. O.; LEBRÃO, Maria L.; LAURENTI, Ruy. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, Ago. 2007.
- ANDRADE, Mônica V.; NORONHA, Kenya; KIND, Paul; MAIA, Ana C.; MENEZES, Renata M.; REIS, Carla B.; SOUZA, Michelle N.; MARTINS, Diego; GOMES, Lucas; NICHELE, Daniel; CALAZANS, Julia; MASCARENHAS, Tamires; CARVALHO, Lucas; LINS, Camila. Preference-Based Outcomes: Societal Preferences for EQ-5D Health States from a Brazilian Population Survey. **Value in Health Regional Issues**, v.2, p. 405-412. 2013.
- ARANTES, Rosalba C.; MARTINS, Joice L. A.; LIMA, Michelle F.; ROCHA, SILVA, Rosalina C.; VILLELA, Wilza V. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 11, n. 2, p. 189-198. 2008.
- ASCEF, Bruna O.; HADDAD, João P. A.; ALVARES, Juliana; GUERRA JUNIOR, Augusto A., COSTA, Ediná A.; ACURCIO, Francisco A.; GUIBU, Ione A.; COSTA, Karen S.; KARNIKOWSKI, Margô G. O.; SOEIRO, Orlando M.; LEITE, Silvana N.; SILVEIRA, Micheline R. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, (Supl.2): 22s. 2017.
- AZEVEDO, Ana L. S.; SILVA, Ricardo A.; TOMASI, Elaine; QUEVEDO, Luciana A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1774-1782, Set. 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. Artigos 196 a 200. Senado Federal. Brasília, 1988.

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

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42, 2008.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Portaria MS 2488/2011**. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS 2979/2019**. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL (Ministério da Saúde). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica 3/2020**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177. 2000.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93. 2007.

CARVALHO, Antônio I.; BUSS, Paulo M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura, V. C.; NORONHA, José C.; CARVALHO, Antônio I. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 4, p. 121-142.

CUNILLERA, Oriol; TRESSERAS, Ricard; RAJMIL, Luis; VILAGUT, Gemma; BRUGULAT, Pilar; HERDMAN, Mike; MOMPART, Anna; MEDINA, Antonia; PARDO, Yolanda; ALONSO, Jordi; BRAZIER, John; FERRER, Montse.. Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 6, p. 853–864, Aug. 2010.

EUROQOL GROUP. **EQ-5D a measure of health-related quality of life developed by the EuroQol group: user guide**. 7th ed. Rotterdam, The Netherlands: EuroQol Group, 2018. Disponível em: <http://euroqol.org/publications/user-guides>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.8, p. 1-5. 2018.

GUIBU, Ione A.; MORAES, José C.; GUERRA JUNIOR, Augusto A.; COSTA, Ediná A.; ACURCIO, Francisco de A.; COSTA, Karen S.; KARNIKOWSKI, Margô G. O.; SOEIRO, Orlando M.; LEITE, Silvana N.; ALVARES, Juliana. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, Supl.2: 17s. 2017.

GUYATT, Gordon H.; FEENY, David H.; PATRICK, Donald L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**. v. 118, p. 622-629. 1993.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians. A working document.** Minister of Supply and Services Canada. Ottawa: Government of Canada. 1981. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2020.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874. 2011.

LIMA-COSTA, Maria F.; TURCI, Maria A.; MACINKO, James. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p.1370-80. 2013.

MALTA, Deborah C.; CEZÁRIO, Antônio C.; MOURA, Lenildo; MORAIS NETO, Otaliba L.; SILVA JUNIOR, Jarbas B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, Jul. 2006.

MENDES, Eugênio V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF); Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

MENEZES, Renata M.; ANDRADE, Mônica V.; NORONHA, Kênia V. M. S.; KIND, Paul. EQ-5D-3L-3L as a health measure of Brazilian adult population. **Quality of Life Research**, v. 24, n. 11, p. 2761-2776. 2015.

MINAYO, Maria C. D. S. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1868-1868. 2013.

MINAYO, Maria C. D. S.; HARTZ, Zulmira M. A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18. 2000.

MUJICA-MOTA, Ruben. E.; ROBERTS, Martin; ABEL, Gary; ELLIOT, Mark; LYRATZOPOULOS, Georgios; ROLAND, Martin; CAMPBELL, John L. Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence from a national survey. **Quality of Life Research**, v. 24, p. 909–918. 2015.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. Saúde no Brasil, p. 11-31, maio. 2011.

PASCHOAL, Sérgio. M. P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo, São Paulo. 2000. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/publico/tdesergio.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

PEREIRA, Érico F.; TEIXEIRA, Clarissa S.; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-50. 2012.

PUTTINI, Rodolfo F.; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753-767. 2010.

SANTOS, Marisa; CINTRA, Mônica A. C. T.; MONTEIRO, Andrea L.; SANTOS, Braulio; GUSMÃO-FILHO, Fernando; ANDRADE, Mônica V.; NORONHA, Kênia; CRUZ, Luciane N.; CAMEY, Suzi; TURA, Bernardo; KIND, Paul. Brazilian valuation of EQ-5D-3L health states: Results from a saturation study. **Medical Decision Making**, v. 36, n. 2, p. 253-263, Nov. 2015.

SEIDL, Eliane M. F.; ZANNON, Célia M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, Apr. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization. 2020. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf). Acesso em: 22 Mai. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011 p. 176. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/). Acesso em: 12 Ago. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP (WHOQOL). What quality of life? / The WHOQOL Group. **World Health Forum**, v. 17, n. 4, p. 354-356. 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/543>. Acesso em: 13 Apr. 2020.

## APÊNDICE 1 – PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

### População e processo de amostragem

A população do presente estudo consiste de amostra representativa dos usuários da APS do SUS em MG. Para se chegar a esta população, utilizou-se um processo de amostragem por conglomerado, realizado em três etapas: primeiro foi calculada a amostra dos municípios em MG; na segunda etapa foi calculada a amostra representativa dos serviços de saúde da APS do SUS-MG pertencentes aos municípios selecionados na primeira etapa; e, por último, foi feito o cálculo da amostra dos usuários da APS do SUS-MG que utilizavam os serviços de saúde previamente selecionados.

O estado de Minas Gerais contém 853 municípios e estes são delimitados em macro e microrregiões de saúde (Figura 1).

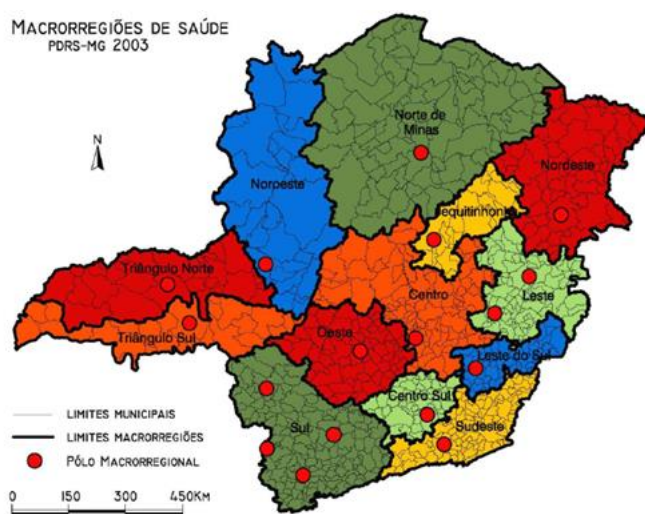


Figura 1: Macrorregiões de saúde em Minas Gerais, Brasil. Fonte: (SILVA e RAMIRES, 2010).

As macro e microrregiões de saúde no estado de Minas Gerais são definidas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de MG (PDR-MG). Esse instrumento de planejamento de saúde levou em consideração os princípios organizativos do SUS para estabelecer eixos e linhas de trabalho. Essas bases territoriais e populacionais foram ordenadas em fluxos e redes de serviços conforme diferentes níveis de densidades tecnológicas e é a partir dos dados por elas gerados que os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde são direcionados (MALACHIAS, LELES e PINTO, 2010).

Por meio da seguinte expressão algébrica, o tamanho da amostra de municípios do estado de Minas Gerais foi estimado:

$$n = N \cdot p(1-p) \cdot z^2 / [ (p(1-p) \cdot z^2 + (N-1) \cdot e^2 ]$$

Em que:

N = 853, ou seja, o número total de municípios do estado de Minas Gerais,

p = 0,50 é o valor populacional da proporção que maximiza a variabilidade,

z = 1,96 é o valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança,

e = 0,10 é a margem de erro de 10 pontos percentuais.

O cálculo levou a um total de 90 municípios que, acrescido dos 20% de possível perda, resultou em um tamanho final de 104 municípios.

Em Minas Gerais, nos anos da pesquisa, o território estava dividido em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde; cada uma delas com seus respectivos municípios polo. As microrregiões somavam 58 municípios que eram polo exclusivamente de microrregiões, já as macrorregiões possuíam 19 municípios polo (MALACHIAS, LELES e PINTO, 2010). Dessa forma, com vistas a contemplar a representatividade do processo de regionalização, foram incluídos na amostra: todos os municípios sede de macrorregião de saúde; 50% dos municípios polo de microrregião de saúde; e 56 municípios dentre os demais municípios do estado foram selecionados por sorteio aleatório, excluindo-se os dois primeiros estratos (Quadro 1).

**Quadro 1:** Estratos do território de Minas Gerais e da amostra dos municípios estudados.

Estratos	Minas Gerais	Amostra
Municípios sede de região ampliada de saúde	19	<b>19</b>
Municípios sede de região de saúde	58	<b>29</b>
Demais Municípios	776	<b>56</b>
Total	853	<b>104</b>

A amostra dos serviços de saúde foi obtida através de sorteio das unidades de atenção primária de saúde em cada município antes sorteado. O número de serviços amostrados em cada município foi proporcional ao porte populacional. Foram incluídos os Postos de Saúde,

Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas, consoante com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), perfazendo 253 serviços.

Finalmente, a amostra dos usuários foi obtida pela seleção destes em cada um desses serviços de saúde pré-selecionados. O cálculo do número de usuários em cada serviço de atenção primária à saúde (APS) também foi proporcional ao porte populacional de cada município de acordo com as seguintes definições (Figura 2):

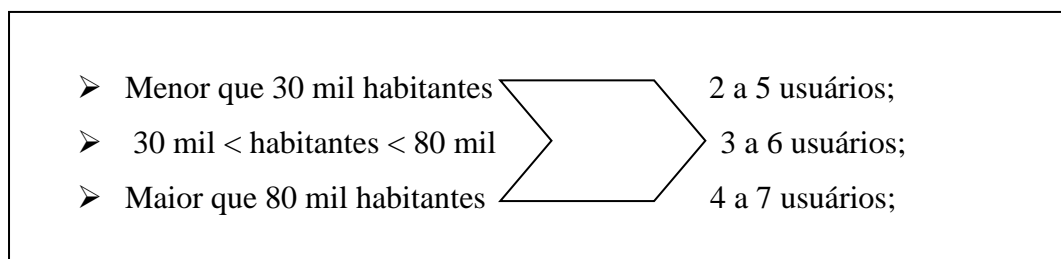


Figura 2: Intervalo de usuários definido em cada serviço da atenção primária à saúde de acordo com o porte populacional do município. Fonte: elaboração da autora, 2020.

Assim, o mínimo de usuários que deveriam ser abordados seria 853, o máximo 1.612 e a média 1.233. Assim, chegou-se ao cálculo de 1.254 usuários, mas devido a perdas, foram entrevistados 1.159 usuários. Destes, 1.131 concordaram em participar e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido, compondo a amostra de usuários, foco do presente estudo.

### **Critérios de elegibilidade**

Os usuários dos serviços de APS do SUS do estado de Minas Gerais, com 18 anos ou mais, foram os selecionados para o estudo. Foram elaboradas estratégias de amostragem, para evitar que os entrevistadores pudessem escolher os usuários que comporiam a amostra, com o intuito de se aproximar ao máximo de um sorteio aleatório. Após se obter o consentimento do gestor para a coleta dos dados em cada unidade de APS, o entrevistador preenchia uma planilha com a escala dos médicos que possuíam agenda de consultas na unidade, por dia de semana. Dessa forma, o entrevistador podia planejar o trabalho, durante os dias de permanência na unidade. Após essa etapa, deveria ser identificado o primeiro usuário para entrevistar entre os que já estivessem presentes no serviço (ALVARES *et al.*, 2017).

### **Questionário do estudo**



O questionário aplicado nas entrevistas com os usuários dos serviços de atenção primária a saúde era composto por questões pessoais referentes a variáveis sociodemográficas, de estados de saúde pré-definidos, aspectos relacionados à utilização e uso racional de medicamentos, utilização do sistema de saúde, estilo de vida, percepções de saúde e plano de saúde.

### **Variáveis**

Os dados coletados e utilizados no presente estudo contemplam as características sociodemográficas, clínicas, de estilo de vida e a qualidade de vida dos participantes. Algumas categorias foram agrupadas, de modo a permitir melhor ajuste dos modelos estatísticos utilizados.

As variáveis sociodemográficas incluem sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade e classe econômica - categorizada segundo o critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP-2014).

No grupo das variáveis clínicas foram consideradas a necessidade de internação de uso de serviços de emergência no ano anterior à entrevista e o número e tipo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estas foram avaliadas segundo autorrelato do usuário e de acordo com a seguinte pergunta: *“Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças?”*. Esta pergunta foi feita para as seguintes condições de saúde, pré-definidas no questionário: hipertensão; diabetes mellitus; doenças do coração; dislipidemia; acidente vascular cerebral; doença pulmonar crônica; artrite/artrose/ reumatismo e depressão. Para efeito de análise foi criada a variável número de doenças, que variou de zero a sete, referente às morbidades pré-definidas supracitadas, as quais foram categorizadas em nenhuma, uma e duas ou mais doenças (multimorbidade). Eventualmente foram referidas outras doenças crônicas, mas que não foram incluídas na análise por representarem um grupo indeterminado de quantas e quais doenças crônicas. Foi também considerada a auto avaliação de saúde do usuário.

As características relativas ao estilo de vida avaliadas foram: realização de atividade física regular, restrição de alimentos (dieta) para perda de peso, redução do consumo de sal, açúcar e gordura, uso de adoçante, uso de bebida alcoólica e de cigarro.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento denominado EuroQol (EQ-5D) na versão em português (EUROQOL GROUP, 2000). Trata-se de um questionário geral de qualidade de vida que permite gerar um escore único, necessário para a obtenção da medida de utilidade. O instrumento é composto por um sistema descritivo

contendo cinco dimensões de saúde (mobilidade, cuidado pessoal, atividades cotidianas, dor/mal estar e ansiedade/depressão). Cada dimensão apresenta três níveis de gravidade (sem problema, algum problema ou problema moderado e problemas mais graves) e permite que o indivíduo descreva, no momento da entrevista, a gravidade do estado de saúde em cada dimensão. A combinação dos três diferentes níveis de respostas para cada um dos cinco itens define 243 possíveis estados de saúde. A administração do Eq5D a uma amostra da população brasileira permitiu a definição de valores para cada um dos estados de saúde (utilidade), refletindo as preferências da população geral para esses estados de saúde. (ANDRADE *et al.*, 2013).

### **Aspectos éticos**

O presente trabalho e a PNAUM foram aprovadas pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o CAAE 18947013.6.0000.0008 e mediante parecer nº 398.131/2013. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## APÊNDICE 2 – FORMULÁRIOS DO PROJETO “MAIS QUALIDADE DE VIDA”

### Formulário 1. Cadastro e dados basais

#### Parte 1. Dados sócio demográficos

Nome:	CNS:
Data de nascimento:	Sexo:
Estado civil:	Cor da pele:
Escolaridade:	Renda mensal familiar:
Plano de saúde:	

#### Parte 2. Dados clínicos

Peso:	Altura:
Glicemia de jejum:	Colesterol total e frações:
Outros exames laboratoriais:	
Presença de doenças crônicas:	Medicamentos em uso:
Internação do último ano:	

#### Parte 3. Hábitos e estilo de vida

Faz uso de álcool:  
Faz uso de cigarro:  
Pratica atividade física:  
Dieta para perder peso:  
Dieta para redução de consumo de gordura:

#### Parte 4. Avaliação da qualidade de vida

Auto avaliação de saúde:  
EQ-5D:  
SF-36:

## Formulário 2. Acompanhamento e avaliação

### Parte 1. Dados sócio demográficos

Nome:	CNS:
Data de nascimento:	Sexo:
Estado civil:	Cor da pele:
Escolaridade:	Renda mensal familiar:
Plano de saúde:	

### Parte 2. Dados clínicos

Peso:	
Glicemia de jejum:	Colesterol total e frações:
Outros exames laboratoriais:	
Medicamentos em uso:	
Internação:	Serviço de emergência:

### Parte 3. Hábitos e estilo de vida

Faz uso de álcool:

Faz uso de cigarro:

Pratica atividade física:

Dieta para perder peso:

Dieta para redução de consumo de gordura:

### Parte 4. Adesão às atividades propostas

Frequência às atividades físicas

Frequência às rodas de conversa

Frequência às consultas com nutricionista

### Parte 4. Avaliação da qualidade de vida

Auto avaliação de saúde:

EQ-5D:

SF-36:

## **ANEXO 1. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO USO DE DADOS**





## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE USO DE DADOS

**Prezados Professores da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais,**

Eu, Juliana Alvares Teodoro, coordenadora da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – PNAUM - componente Serviços e do Projeto de Avaliação da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, declaro ciência e anuência para o uso do banco de dados, gerado a partir das entrevistas com usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, por Ana Paula Alvares.

O projeto foi submetido e aprovado pela CONEP (Comissão Nacional de ética em Pesquisa), CAAE: 18947013.6.0000.0008, parecer: 398.131, de 16/09/2013.

O banco de dados foi cedido para a elaboração do trabalho de conclusão de curso intitulado **Qualidade de vida dos usuários da atenção primária do SUS: é possível intervir?**, sob orientação de Alice Werneck Massote.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Juliana Alvares Teodoro

Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais

jualvares@ufmg.br