

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS, NATURAIS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

JOSIANE PEZZIN

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E FATORES
ASSOCIADOS EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19**

ALEGRE

2023

JOSIANE PEZZIN

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E FATORES
ASSOCIADOS EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica, na área de concentração Assistência Farmacêutica e Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Michael Ruberson
Ribeiro da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Jéssica Barreto
Ribeiro dos Santos.

ALEGRE

2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

P521q Pezzin, Josiane, 1990-
Qualidade de vida relacionada à saúde em fatores associados em um município de pequeno porte durante a pandemia de COVID-19 / Josiane Pezzin. - 2023.
116 f. : il.

Orientador: Michael Ruberson Ribeiro da Silva.
Coorientadora: Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde.


1. Qualidade de vida. 2. Saúde. 3. Saúde pública - Avaliação. 4. Farmacoepidemiologia. I. Silva, Michael Ruberson Ribeiro da. II. Santos, Jéssica Barreto Ribeiro dos. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde. IV. Título.

CDU: 615




6ª ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ata da sessão de defesa da 6ª Dissertação de Mestrado em Assistência Farmacêutica do Centro de Ciências Exatas, Naturais e da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, da aluna Josiane Pezzin, candidata ao grau de Mestre em Assistência Farmacêutica. Às 13h30 do dia 16 de agosto de 2023, em ambiente virtual, o Presidente da Banca Examinadora, Prof. Michael Ruberson Ribeiro da Silva, iniciou a sessão apresentando a Banca constituída, além dele próprio, que é o Orientador, pela Professora Valquíria Camin de Bortoli (Universidade Federal do Espírito Santo) e da Pesquisadora Rosângela Maria Gomes (Ministério da Saúde). A seguir, o Presidente passou a palavra à candidata, que, em 48 minutos, apresentou a sua dissertação, intitulada “Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados em um município de pequeno porte no Espírito Santo”. Finda a apresentação, o Presidente passou a palavra aos membros da Banca para procederem à arguição da candidata. Finda a arguição, o Presidente convidou a Banca para dirigir-se a uma sala reservada, para deliberação. Após a deliberação, a Banca retornou, e o Presidente informou aos presentes que a dissertação fora aprovada. Logo após, o Presidente declarou encerrada a sessão, e eu, Cíntia Silva Lirio, Secretária *Ad Hoc*, lavrei a presente Ata, que é assinada pelos membros da Banca Examinadora.


Documento assinado digitalmente
 MICHAEL RUBERSON RIBEIRO DA SILVA
Data: 17/08/2023 11:49:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Alegre/ES, 16/08/2023.

Michael Ruberson Ribeiro da Silva (Presidente)

Documento assinado digitalmente
 ROSANGELA MARIA GOMES
Data: 17/08/2023 11:30:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Rosângela Maria Gomes (Membro Externo)

Documento assinado digitalmente
 VALQUIRIA CAMIN DE BORTOLI
Data: 17/08/2023 08:00:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Valquíria Camin de Bortoli (Membro Externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido chegar até aqui e por ter me sustentado em todos os momentos.

Quanto às pessoas a quem devo agradecimentos, a lista é extensa e, lamentável e certamente, nem todos poderão ser citados, espero que me compreendam. Organizarei por instituições:

Agradeço à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em toda a sua extensão, por ter me fornecido condições para realização desse mestrado. Foram muitos colaboradores envolvidos em cada etapa dessa jornada e que contribuíram para que isso fosse possível. Sou imensamente grata a todos.

Aos profissionais do *campus* CEUNES, em especial aos professores Andréia Soprani dos Santos, Luiz Antônio Favero Filho, Valquíria Camin de Bortoli, Marcelo Antônio de Oliveira, Ana Alice Dias de Castro Luz e Flávia Dayrell França. Andréia e Luiz, por concordarem com a concessão de carga horária, sem a qual não teria chegado até aqui. Valquíria e Marcelo pela amizade e parceria, pela generosidade em dividir o conhecimento desde a graduação. Ana Alice e Flávia pela confiança, amizade e apoio.

Aos profissionais do *campus* de Alegre: Professores Michael Ruberson Ribeiro da Silva e Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos, meu orientador e coorientadora, respectivamente. Obrigada por ofertarem a vaga, obrigada por acreditarem e confiarem em mim. Obrigada pelas orientações e correções.

Obrigada ao Grupo de Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde (GATES) e a todos os seus integrantes que, de alguma forma, contribuíram com este trabalho, especialmente na coleta de dados.

Obrigada à equipe da Farmácia Básica de São Mateus/ES, onde passei a maior parte do meu tempo de serviço neste período. Ao apoio recebido, por me ouvirem, por compreenderem meus dias mais difíceis e por terem me ajudado muito, com o espaço, com a amizade, com a escuta acolhedora e com a prontidão em ajudar sempre. Lara Rocha Ribeiro e Lilian Mirandola de Oliveira, especialmente, obrigada por me cederem o espaço, a atenção e a amizade de vocês tantas vezes.

À minha família. Especialmente Raul Cezar, meu marido, e Rosângela Angeli, minha mãe. Pelo amor de vocês, por terem dado conta das atividades da casa, por terem ficado com as crianças tantas vezes, tudo isso foi decisivo. Aos meus filhos, Samuel e Cecília, pelo amor, pela força que me dão, pela simples presença de vocês, sem a qual eu não teria forças. Vocês são o combustível mais paradoxal que existe, que, por um lado me levam à exaustão e, por outro, me trazem uma força sobrenatural. Amo vocês infinitamente.

Às integrantes da banca do Exame de Qualificação: Adriana Rodrigues da Mata e Valquíria Camin de Bortoli. Agradeço imensamente por todas as questões e contribuições e pelo respeito e carinho na condução do processo.

Enfim, sozinha nunca teria chegado até aqui, e espero que mais pessoas que desejam este caminho tenham as oportunidades que eu tive. Nesse sentido agradeço ao programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR), em rede, que permite o acesso a pós-graduação de qualidade para muitos profissionais que não conseguiriam de outra forma. Aliás, como não agradecer às pessoas com quem cruzei neste programa. Colegas, professores e demais servidores. Muito obrigada! Foram muitos ensinamentos, muitas descobertas, muitos horizontes ampliados. É tão bom conhecer tanta gente boa! Sou muito grata, o sentimento é que, independentemente da diplomação, a vida empenhada aqui valeu à pena!

Muito obrigada a todos!

“Se vivermos bem, os tempos também serão bons. Como somos, esses são os tempos”.

AGOSTINHO, Aurélio (Santo Agostinho) (354-430)

RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) trata-se da percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para aplicações na área da saúde, frequentemente usa-se o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). A pesquisa nessa área é de grande relevância para o auxílio na elaboração de políticas públicas, avaliações de desfechos em ensaios clínicos e análises econômicas. Porém, pesquisas de base populacional em QVRS, conduzidas em diferentes cenários socioculturais, são escassas. Neste sentido, este trabalho objetivou avaliar a QVRS e os seus fatores associados em um município brasileiro de pequeno porte durante o período de pandemia de COVID-19. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e de base populacional realizado por meio de inquérito domiciliar, durante o período de novembro a dezembro de 2021 no município de Alegre/ES, Brasil. A amostra foi representativa da população urbana do município e constituída por indivíduos com idade ≥ 18 anos. Por meio de entrevistas face a face, coletou-se, por autorrelato, dados sociodemográficos, hábitos de vida, características relacionadas a saúde, comorbidades e uma avaliação da QVRS utilizando-se o instrumento EQ-5D-3L. Os dados foram submetidos a análise estatística e apresentados na forma de gráficos e tabelas. Testou-se a associação entre os níveis de QVRS com as variáveis explicativas coletadas por meio do modelo de regressão Tobit. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES sob o Parecer nº 3.428.060. Foram entrevistados 694 indivíduos, com predominância do sexo feminino (72,9%) e média de idade foi de 53 anos (DP = 18,9). As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial e ansiedade. Na análise do EQ-5D, 43,23% dos entrevistados relataram ausência de problemas em todas as dimensões. A dimensão com maior frequência de problemas foi dor/mal estar, seguida de ansiedade/depressão. O valor médio da QVRS obtido foi 0,818 (DP = 0,195) no sistema descritivo EQ-5D e 77,8 (DP = 18,9) na escala visual analógica EQ-VAS. A correlação entre estes valores foi positiva e moderada. Os fatores que mantiveram associação com a QVRS no modelo final da regressão Tobit ($p \leq 0,05$) foram: autopercepção de saúde, deficiência, polifarmácia, internação no último ano, ansiedade, artrite reumatoide, obesidade e problemas de adesão a medicamentos. De forma geral, a influência desses fatores na

QVRS já é bem discutida na literatura, exceto quanto a problemas de adesão a medicamentos. Juntamente com a polifarmácia, esse fator ressalta a importância do fortalecimento dos serviços de assistência farmacêutica e de equipes multidisciplinares no cuidado à saúde em Alegre/ES. O perfil de relato de problemas nas dimensões do EQ-5D-3L é condizente com o encontrado em estudos nacionais e internacionais. Os resultados deste estudo apresentam uma avaliação de saúde de um município de pequeno porte, útil para os gestores de saúde locais, e que enriquece a literatura da área com dados sobre QVRS em cenário e contextos pouco estudados.

Palavras-chave: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. EQ-5D. Avaliação em Saúde. Inquéritos e Questionários. Brasil.

ABSTRACT

Quality of Life (QL) is about the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. For healthcare applications, the term Health-Related Quality of Life (HRQoL) is often used. Research in this area is of great relevance to aid in the development of public policies, evaluation of outcomes in clinical trials and economic analysis. However, population-based research on HRQoL, conducted in different sociocultural settings, is scarce. In this sense, this work aimed to evaluate HRQoL and its associated factors in a small Brazilian municipality during the period of the COVID-19 pandemic. This is an epidemiological, cross-sectional, population-based study carried out through a household survey, during the period from November to December 2021 in the city of Alegre/ES, Brazil. The sample was representative of the city's urban population and consisted of individuals aged ≥ 18 years. Through face-to-face interviews, self-reported sociodemographic data, life habits, health-related characteristics, comorbidities and an assessment of HRQoL were collected using the EQ-5D-3L instrument. Data were submitted to statistical analysis and presented in the form of graphs and tables. The association between HRQoL levels and the explanatory variables collected using the Tobit regression model was tested. The study was approved by the UFES Research Ethics Committee under Opinion nº 3,428,060. 694 individuals were interviewed, predominantly female (72.9%) and mean age was 53 years (SD = 18.9). The most prevalent comorbidities were high blood pressure and anxiety. In the analysis of the EQ-5D, 43.23% of the interviewees reported the absence of problems in all dimensions. The dimension with the highest frequency of problems was pain/discomfort, followed by anxiety/depression. The mean HRQoL value obtained was 0.818 (SD = 0.195) on the EQ-5D descriptive system and 77.8 (SD = 18.9) on the EQ-VAS visual analogue scale. The correlation between these values was positive and moderate. The factors that maintained an association with HRQoL in the final Tobit regression model ($p \leq 0.05$) were: self-perceived health, disability, polypharmacy, hospitalization in the last year, anxiety, rheumatoid arthritis, obesity and medication adherence problems. In general, the influence of these factors on HRQoL is already well discussed in the literature, except for problems with medication adherence. Along with polypharmacy, this factor highlights the importance

of strengthening pharmaceutical care services and multidisciplinary teams in health care in Alegre/ES. The profile of reporting problems in the dimensions of the EQ-5D-3L is consistent with that found in national and international studies. The results of this study present a health assessment of a small municipality, useful for local health managers, and which enriches the literature in the area with data on HRQoL in settings and contexts that have been little studied.

Keywords: Health-Related Quality of Life. EQ-5D. Health Assessment. Surveys and Questionnaires. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação de preenchimento e leitura de resposta da EQ-VAS.....36

Figura 2 – Localização geográfica e divisão política-administrativa do município de Alegre/ES, Brasil.41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura do formulário utilizado para coleta de dados sociodemográficos e de saúde da população do estudo.	44
Tabela 2 - Dimensões abordadas e níveis de resposta do instrumento EQ-5D-3L utilizado na coleta de dados.....	45
Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.	47
Tabela 4 - Características sociodemográficas da população de Alegre/ES, 2021...55	
Tabela 5 - Características e hábitos relacionados à saúde autorreferidos pela população de Alegre/ES, 2021.....	58
Tabela 6 - Estados de saúde do EQ-5D mais frequentes na população de Alegre/ES, 2021.....	64
Tabela 7 – Impacto das doenças autorreferidas pela população na média da QVRS em Alegre/ES, 2021.	70
Tabela 8 – Fatores associados à QVRS na população de Alegre/ES (2021): Regressão Tobit bivariada.....	71
Tabela 9 – Fatores associados à QVRS na população de Alegre/ES (2021): Regressão Tobit multivariada.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de doenças autorreferidas pela população de Alegre/ES, 2021.	62
Gráfico 2 - Prevalência de doenças autorreferidas pela população de Alegre/ES, 2021.	61
Gráfico 3 - Distribuição de frequência dos níveis de resposta por dimensão avaliada pelo EQ-5D-3L na população de Alegre/ES, 2021.	64
Gráfico 4 - Distribuição dos escores de utilidade obtidos na população de Alegre/ES, 2021.	65
Gráfico 5 - Distribuição dos valores obtidos pela EQ EVA na população de Alegre/ES, 2021.	65
Gráfico 6 - Correlação entre os valores obtidos pela EQ EVA e pelo sistema descritivo do EQ-5D-3L na população de Alegre/ES, 2021.	66
Gráfico 7 - Relação entre número de doenças autorreferidas e a média da QVRS na população de Alegre/ES, 2021.	67
Gráfico 8 - Relação entre número de medicamentos utilizados e a média da QVRS na população de Alegre/ES, 2021.	68
Gráfico 9 - Correlação entre o número de doenças e de medicamentos em uso autorrelatados pela população de Alegre/ES, 2021.	69

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AVAQ	Anos de Vida Ajustados pela Qualidade
CA	Câncer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabete mellitus
DP	Desvio-padrão
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAM	Evento Adverso ao Medicamento
EVA	Escala Visual Analógica
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo
GATES	Grupo de Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPT	Probabilidade Proporcional ao Tamanho

QALY	<i>Quality Adjusted Life Years</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SESA	Secretaria Executiva de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBS	Teoria Bioestatística da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTO	<i>Time trade-off</i>
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1. O que é saúde? Uma breve revisão histórico-conceitual	20
2.2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)	28
2.3. Avaliação de QVRS e o uso do instrumento EQ-5D	32
3. OBJETIVOS	39
3.1. Objetivo Geral	39
3.2. Objetivos Específicos	39
4. MÉTODOS.....	40
4.1. Contexto e delineamento	40
4.2. Área do estudo	40
4.3. População e amostra	42
4.4. Coleta de dados e instrumentos utilizados.....	43
4.5. Variáveis	47
4.6. Análise estatística dos dados	51
4.7. Aspectos éticos	53
5. RESULTADOS	54
5.1. Características sociodemográficas.....	54
5.2. Hábitos de vida e características relacionadas à saúde.....	57
5.3. Doenças autorreferidas pela população	62
5.4. Análise do EQ-5D-3L	63
5.5. Impacto das doenças e uso de medicamentos nos valores da QVRS	67
5.5. Fatores associados à QVRS	70
6. DISCUSSÃO	74
6.1. Características sociodemográficas, de saúde e hábitos de vida da população.....	74
6.2. Análise do EQ-5D-3L	79
6.3. Impacto das doenças e do uso de medicamentos autorreferidos na QVRS da população.....	82
6.4. Fatores associados à QVRS	87
6.5. Limitações do estudo	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92

REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES	102
APÊNDICE A – Questionário completo usado na coleta de dados.....	103
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	111
ANEXOS	113
ANEXO A – Instrumento EQ-5D-3L para avaliação da QVRS (grupo EuroQol).	114

1. INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida (QV) é um conceito amplo e multidimensional, utilizado em diferentes áreas e com diferentes abordagens. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOqol group, 1995).

Com pouco consenso na literatura, a diferença entre “qualidade de vida” e “qualidade de vida relacionada à saúde” nem sempre é clara, porém, para evitar ambiguidade e fazer distinção entre a QV, em seu senso mais amplo, e a sua aplicação específica no campo da saúde e nos estudos clínicos, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é frequentemente utilizado (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

A QVRS descreve como a disfunção física, a dor e o sofrimento podem resultar em limitações das atividades cotidianas e no bem-estar psicológico das pessoas, sendo um preditor de mortalidade fortemente influenciado por determinantes sociais, como renda e educação. Dessa forma, trata-se de um importante parâmetro a ser utilizado nos serviços de saúde e a ser considerado no planejamento de políticas públicas (FREITAS et al., 2022).

Desde 1995 a OMS traz a importância de se considerar a QV dos pacientes em decisões de tratamento, aprovação de novos medicamentos e pesquisa de políticas (avaliação de programas e alocação de recursos). Também data desta época o reconhecimento da importância de se determinar a QV em uma perspectiva transcultural, em diferentes configurações culturais, com possibilidade de comparação direta entre os resultados de diferentes ambientes (The WHOqol group, 1995).

Neste sentido, a pesquisa básica em QV pode trazer questões importantes. Por exemplo, esses estudos podem melhorar a nossa compreensão do quanto a construção da QV é individual, social ou culturalmente determinada (The WHOqol group, 1995). Para isso, pesquisas em diferentes contextos fazem-se necessárias. Assim, em países continentais como o Brasil é importante que os estudos explorem com maior profundidade como as diferenças regionais e culturais impactam na QV, multimorbidade e mortalidade, pois essas diferenças podem ser exacerbadas dentro do próprio país, em decorrência de seu tamanho (FREITAS et al., 2022).

Embora se observe um número considerável de estudos brasileiros envolvendo a QVRS em diversas enfermidades e populações, pode-se dizer que os estudos de base populacional ainda são escassos. Dentre outros propósitos, a pesquisa nesse âmbito pode permitir a produção de dados de grande relevância para o planejamento de ações e serviços com foco na Promoção da Saúde (ZIMMERMANN, 2016). Neste sentido, Pequeno e colaboradores (2020), em um trabalho de revisão sistemática sobre estudos de base populacional que utilizaram instrumentos para avaliação de QV, identificaram a ausência de pesquisas desta área que abordem questões que vão além dos efeitos da doença ou do tratamento, reconhecendo este fato como uma lacuna a ser preenchida por futuras pesquisas.

Para a atualidade, destaca-se ainda o impacto causado pela pandemia de COVID-19 sobre as condições de saúde da população. Há evidências de que muitos indivíduos modificaram seus hábitos de vida durante a quarentena imposta pela pandemia, com redução do tempo de sono, piora da qualidade do sono, aumento da frequência no consumo de bebidas alcoólicas, redução da atividade física e aumento da ingestão alimentar, além do estresse associado às mudanças na forma de trabalhar ou estudar (LIBOREDO et al., 2021). Estes e muitos outros fatores, como o aumento da pobreza, que atingiu seu nível mais elevado no Brasil em 2021, desde o início de sua série histórica em 2012 (NERI, 2022), possivelmente impactaram na QVRS da população brasileira nestes últimos anos. Portanto, entende-se como de extrema importância a realização de pesquisas sobre QVRS de base conduzidas em cenários populacionais brasileiros distintos e que abranjam o período pandêmico. Dessa forma, este trabalho objetivou avaliar a QVRS e os seus fatores associados em um município brasileiro de pequeno porte durante a pandemia de COVID-19.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O entendimento do que representa e da importância da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) está intimamente relacionado à compreensão da evolução histórica dos conceitos e modos de operacionalizar a saúde. Desta forma, a parte inicial deste referencial teórico traz, de forma resumida, aspectos importantes relacionados às diferentes abordagens conceituais da saúde no decorrer da história, para, em seguida, abordar especificamente a QVRS, assim como os métodos utilizados para sua mensuração e sua avaliação.

2.1. O que é saúde? Uma breve revisão histórico-conceitual

A busca por um conceito universal de saúde não é algo simples. Isso porque saúde não tem o mesmo significado para todas as pessoas e sua definição relaciona-se com a conjuntura social, econômica, política e cultural, as quais são dependentes da época, do lugar e da classe social, além de sofrer influências de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCILAR, 2007). Portanto, é previsível que a visão sobre saúde mude em função do contexto considerado.

Dessa forma, durante a história, muitas maneiras de entender e administrar o processo saúde-doença foram propostas e sua evolução pode ser relacionada a acontecimentos e descobertas marcantes para a área médica, assim como com as formas de pensar próprias de cada contexto da história da humanidade (CONTI, 2018; SCLAR, 2007).

Por muito tempo, a doença foi concebida como algo mágico-religioso. Somente a partir dos textos atribuídos a Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), personagem reconhecido como o pai da Medicina, pôde-se constatar uma visão racional do processo saúde-doença, que considerava o corpo humano como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse sistema (SCILAR, 2007).

Desde então, muitos avanços ocorreram na medicina ocidental e levaram ao desenvolvimento de distintas teorias relacionadas à saúde e à doença (SCILAR, 2007;

CONTI, 2018).

Neste sentido, destaca-se o período do Renascimento (séculos XIV-XVIII), com nomes como o do médico e alquimista Theophrastus Bombastus von Hohenheim, geralmente conhecido como Paracelsus ou Paracelso (1493-1541). Este considerava que a saúde humana residia na correspondência harmônica entre o microcosmo do ser humano e o macrocosmo de todo o universo. Em seus tratamentos, Paracelsus prescrevia remédios derivados da alquimia e sugeria a ampla aplicação do conceito de similaridade como princípio de cura (CONTI, 2018).

Ainda deste período, destaca-se o médico e astrônomo italiano Girolamo Fracastoro (1478-1553), que, com base na observação das muitas e graves doenças infecciosas de seu tempo, levantou a hipótese, até então inovadora, de que as patologias eram determinadas pela transmissão de “seminários” (que seriam “sementes” de doenças), que se propagavam de pessoas doentes para pessoas saudáveis, por contato direto ou indireto. Entendida como precursora do reconhecimento dos germes e micróbios, pode-se ainda considerar que esta ideia também antecipa a avaliação epidemiológica moderna das doenças infecciosas em grandes populações (CONTI, 2018).

Passado algum tempo, já no século XIX, Louis Pasteur, por meio do uso do microscópio, identifica a existência de agentes etiológicos até então desconhecidos, os microrganismos. Este feito foi de tamanha importância que posteriormente ficou reconhecido como revolução pasteuriana, pois trouxe grande avanço para a medicina, possibilitando a introdução de soros e vacinas e a adoção de medidas de prevenção e cura de várias doenças que até então eram pouco esclarecidas (SCILAR, 2007).

Dessa mesma época, destaca-se ainda os estudos de John Snow (1813-1858), reconhecido como o pai da epidemiologia. Em suas considerações, se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números (sinais vitais), o mesmo deveria acontecer com a saúde em escala social: ela teria seus indicadores, resultado de um olhar contábil sobre a população e expressa em uma ciência que então começava a emergir: a estatística (SCILAR, 2007).

Um outro aspecto importante relacionado à saúde e que ganha visibilidade no século XIX é o impacto dos problemas socioeconômicos nas condições de saúde, que passaram a ser mais estudados neste período. O médico Louis René Villermé (1782-

1863), em 1826, ao analisar a mortalidade nos diferentes bairros de Paris, conclui em seu relatório que esta era influenciada sobretudo pelo nível de renda dos indivíduos (SCILAR, 2007). De forma semelhante, na Inglaterra, berço da Revolução Industrial, também surgiram estudos desse tipo, como o de Friedrich Engels em “As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra em 1844”, que mostrou que o desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente as suas condições de saúde (ALMEIDA FILHO, 1986).

De forma paralela, ocorria o avanço das ideias de saúde e doença baseadas em pesquisas fisiológicas e anatômicas. O filósofo e fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), considerado um pioneiro na aplicação dos princípios da experimentação às ciências da vida, elaborou o conceito de “ambiente interno” dos organismos, o que levou à compreensão posterior da homeostase humana. Bernard não considerava saúde e doença como entidades rigidamente separadas, mas, ao contrário, como dois componentes de um espectro contínuo, fundindo-se um no outro. Neste contexto, aprofundou-se o conhecimento sobre anatomia, histologia e biologia celular e a prestigiada escola anatômica alemã passa a relacionar os conceitos de saúde e patologia humana, identificando nas células alteradas os pontos desencadeantes das doenças (CONTI, 2018).

Nesta linha, ocorre o aprofundamento do estudo dos componentes subcelulares ao longo do século XX, tornando a medicina cada vez mais molecular e submicroscópica. Mas, ao mesmo tempo, observa-se também uma renovada atenção global ao ser humano, saudável e doente, dando origem a definições sinérgicas e multifacetadas de saúde (CONTI, 2018).

Neste contexto, um acontecimento político importante que merece destaque, para além da saúde, mas que contribuiu para a forma como esta é entendida e tratada em escala global, foi a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1945 (UNITED NATIONS, 2023), ocasião em que já era discutida pelos diplomatas envolvidos a criação de uma organização global de saúde (WHO, 1946).

A partir de então esforços foram dedicados à criação desta organização e, em 7 de abril de 1948, entra em vigor a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que traz em seus registros oficiais a definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Além disso, chama a atenção o caráter social atribuído à saúde, assumida como um direito fundamental e como critério para o alcance da paz:

O gozo do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é fundamental para alcançar a paz e a segurança e depende da mais plena cooperação dos indivíduos e dos Estados (WHO, 1948, p. 01, tradução própria).

Neste mesmo ano, em 10 de dezembro, destaca-se ainda a adoção e proclamação pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) da chamada Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), por meio da qual, a saúde passa a ser internacionalmente considerada como um direito humano inalienável e um padrão comum a ser alcançado por todos os povos e nações que compõem as Nações Unidas:

Artigo 25 - Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (DUDH, 1948).

O caráter “amplo” e a importância “social” então assumidos pela saúde levaram a diversas reações. Scilar (2007) analisa que o conceito de saúde adotado pela OMS reflete, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra, como o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo, e que, nesse contexto, a saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Porém, a amplitude deste conceito gerou críticas de natureza técnica, como a argumentação de que a saúde seria algo ideal e inatingível e, portanto, impossível de ser utilizada como objetivo pelos serviços de saúde. Em adição, houve críticas de natureza política e libertária, pois o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que poderia intervir na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover saúde (SCILAR, 2007).

Modelos diferentes foram então propostos, como a chamada Teoria Bioestatística da Saúde (TBS) elaborada por Christopher Boorse, professor de filosofia da biologia e

filosofia da medicina da Universidade de Delaware (Estados Unidos), em 1970. Em sua formulação básica esta Teoria assume que a saúde é igual a ausência de doença. Boorse apresenta-se como um representante do naturalismo, em contraposição aos enfoques que classifica como normativistas. Sua obra representa um contraponto ao conceito adotado pela OMS e divide opiniões entre críticas ferozes e apoios eufóricos, provocando grande controvérsia entre filósofos e cientistas sociais interessados em saúde (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Porém, em detrimento dos movimentos contrários, durante a década de 60, cresce em várias partes do mundo debates realçando a determinação econômica e social da saúde, o que abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle de enfermidades (BRASIL, 2002).

Destaca-se então, em 1978, a Conferência de Alma-Ata (União Soviética, atual Cazaquistão) sobre Cuidados Primários em Saúde. Esta conferência evidenciou a importância e a necessidade da Promoção da Saúde para todos os povos do mundo, reafirmando enfaticamente que a saúde, tal como conceituada pela OMS (1948), trata-se de um direito humano fundamental e que a conquista de seu mais alto nível possível deve ser a mais importante meta social do mundo. Ressalta-se ainda que se fazem necessárias ações de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde, para que isso seja possível (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Em 1981, a Primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada no Canadá, discutiu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Portanto, uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades, estendendo o âmbito da prevenção e apoiando o povo para enfrentar essas circunstâncias. Dessa forma, a promoção da saúde passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais (BRASIL, 2002).

Outra importante conferência, ocorrida em resposta às crescentes expectativas em todo o mundo por uma nova saúde pública, foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), realizada em Ottawa, Canadá. Deste evento, foi publicada uma Carta de Intenções, conhecida como Carta de Ottawa, onde estão

pontuadas informações importantes sobre conceitos e operacionalização da promoção da saúde, visando atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e subsequentes. Foram assumidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, Ecossistema estável, Recursos sustentáveis, Justiça social e Equidade (CARTA DE OTTAWA, 1986). Segundo a Carta de Ottawa, a saúde é uma importante dimensão da QV, mas, sem uma base sólida nestes requisitos básicos, não há como melhorar as condições de saúde da população:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (CARTA DE OTTAWA, 1986).

À luz dos fatos, voltando-se agora para o cenário nacional, a partir da década de 1980, o Brasil passa por diversos acontecimentos que contribuíram para que a promoção da saúde fosse incorporada como uma nova filosofia às políticas de saúde, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e a Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (NOLL GONÇALVES et al., 2020). Desde então, o SUS divide o cenário da oferta de serviços de saúde no Brasil com a rede privada, a qual atua de forma complementar.

Apesar do texto da constituição brasileira não conceituar saúde, este assume claramente a importância dos fatores sociais e econômicos em suas condições e reconhece a necessidade de acesso aos serviços de promoção da saúde como meio para o alcance do direito à saúde:

Artigo 196 - 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 a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 118-119).

Posteriormente, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), o SUS incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, admitindo-se inclusive que “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País”, bem como reconhecendo os determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990).

Em 2006, reforçando seu compromisso com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, o Brasil instituiu a promoção da saúde como política pública por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006), atualizada em 2014 e republicada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Com objetivo de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018), esta política representa o esforço para construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida, individual e coletiva (NOLL GONÇALVES et al., 2020).

Por fim, uma análise atual da saúde não poderia excluir a recente pandemia de COVID-19, que teve um impacto devastador no mundo, mas particularmente em nosso país, com mais de 700.000 óbitos acumulados até abril de 2023 (BRASIL. Painel Coronavírus, 2023). O sistema de saúde esteve supersaturado e a redução na prestação de serviços preventivos e de atenção primária durante os períodos mais críticos da pandemia preocupam, pois, sendo o pilar da saúde no Brasil, quaisquer deficiências nos serviços prestados pelo SUS são capazes de afetar de forma importante a saúde da população brasileira, provavelmente com efeitos de longo prazo. Contramedidas serão críticas para evitar o ressurgimento de doenças evitáveis por vacinas e complicações decorrentes de condições crônicas de saúde (DE OLIVEIRA et al., 2022).

Por outro aspecto, a COVID-19 sem dúvida trouxe contribuições acerca do conceito de saúde ao trazer à tona reflexões sobre o que é saúde e o valor desta para a sociedade. Neste sentido, Galea (2021) analisa que falhas no isolamento social, durante a pandemia, por pessoas que poderiam fazê-lo, mas que, mesmo estando

com a doença e a morte literalmente à porta, tinham dificuldades de cumpri-lo, reflete que a saúde não é uma finalidade em si, mas um meio para que se consiga viver uma vida plena. “Quando pedimos aos cidadãos que aceitassem restrições à sua autonomia diária, estava implícita na regra a crença de que a busca pela saúde era um fim em si mesmo, e não um meio para uma vida plena” (GALEA, 2021, p. 414, tradução própria). A escolha entre se manter “saudável”, no sentido de ausência da doença, em detrimento das condições que nos permitem viver plenamente foi a raiz de grande parte do descontentamento vivido durante a pandemia (GALEA, 2021).

Enfim, muitos outros acontecimentos e fatos poderiam ser usados para demonstrar e contextualizar como a saúde vem sendo entendida e operacionalizada no Brasil e no mundo. Mas, por hora, não é difícil concluir que saúde é multifatorial e sofre influências diversas. Para a atualidade, fica claro que a saúde envolve mais do que a ausência ou controle de enfermidades, envolve o bem-estar, as relações do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade. Portanto, indicadores epidemiológicos, muito úteis na saúde pública, não são capazes de retratar a QV dos indivíduos. Além disso, o fato de até mesmo o conceito histórico de saúde da OMS ter se tornado objeto de discussão científica e bioética demonstra que a fascinante viagem pelas noções de saúde e doença ainda estão em andamento nos dias atuais (CONTI, 2018).

Ressalta-se que a recente pandemia de COVID-19 levou a modificações intensas no estilo de vida das pessoas, como isolamento social, trabalho e estudo em casa, dentre outras atitudes incentivadas como forma de mitigar a disseminação do vírus SARS-CoV-2. Adaptar-se a mudanças de estilo de vida, controlar o medo de contrair o vírus e a preocupação com as pessoas próximas mais vulneráveis, configuraram um grande desafio, além das incertezas quanto ao futuro (WHO, 2023). Neste sentido, Goulart et al. (2021) trazem que estas mudanças levaram a uma disseminação de sofrimento emocional e aumento do risco de doenças psiquiátricas, indicando que o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental deve ser considerado um problema de saúde pública no Brasil, com particular atenção em grupos com diagnóstico psiquiátrico anterior, menor nível socioeducativo, jovens e mulheres.

A pandemia de COVID-19 teve um forte impacto na saúde mental e no bem-estar não só dos brasileiros, mas em pessoas de todo o mundo. Além disso, soma-se o fato de que o acesso aos serviços de saúde mental foi severamente restringido. Evidências

sugerem que a pandemia e seus fatores associados levaram a um aumento mundial de problemas de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade, o que evidenciou a necessidade do fortalecimento dos sistemas de saúde mental de forma mais urgente em todo o mundo (WHO, 2023).

Portanto, os desafios vivenciados durante a pandemia trazem ainda mais à tona a discussão do quanto a saúde é mais ampla do que prevenção de doenças e da morte. A pandemia de COVID-19 colocou-nos questões como: o que é saúde? Para que serve? E de que estamos dispostos a abrir mão para tê-la? (GALEA, 2021).

2.2. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Qualidade de vida é um conceito complexo e que vêm sendo interpretado e definido de várias maneiras dentro e entre várias disciplinas (HARALDSRAD et al., 2019). Dentre as diferentes abordagens utilizadas nessas definições, estão as baseadas nas necessidades humanas, no bem-estar subjetivo e em pontos de vista fenomenológicos (KARIMI; BRAZIER, 2016).

Porém, termos como medidas de “estado de saúde”, “QV” e “QVRS” são frequentemente utilizados de forma indiscriminada na literatura, com pouco acordo sobre as diferenças em suas definições (KARIMI; BRAZIER, 2016). É comum observar a utilização desses termos de forma intercambiável. Nesse sentido, a falta de clareza conceitual e de definição uniforme para “qualidade de vida”, “estado de saúde” e “qualidade de vida relacionada à saúde” tem sido objeto de crítica atual às pesquisas dessa área (HARALDSRAD et al., 2019).

De acordo com Karimi e Brazier (2016) a definição de QVRS tem sido problemática e a literatura apresenta pelo menos quatro abordagens distintas para sua compreensão:

1ª) Relaciona a QVRS como o quão bem uma pessoa funciona em sua vida e como o seu bem-estar é percebido nos domínios da saúde física, mental e social. Neste caso a funcionalidade é referente à capacidade de um indivíduo para realizar algumas atividades pré-definidas e o bem-estar se

refere aos sentimentos subjetivos de um indivíduo;

2ª) Relaciona QVRS diretamente com qualidade de vida em seu sentido mais abrangente. A qualidade de vida incorpora todos os fatores que impactam a vida de uma pessoa e, quando relacionada à saúde, inclui apenas os fatores que fazem parte da saúde do indivíduo. Aqui os aspectos não relacionados diretamente à saúde, como circunstâncias econômicas e políticas, por exemplo, não são incluídos;

3ª) Enfoca nos aspectos de qualidade de vida que são afetados pela saúde, considerados como aqueles aspectos do bem-estar autopercebidos que estão relacionados ou afetados pela presença de doença ou tratamento. De forma mais sintética: a QVRS é usada para identificar um subconjunto das formas mais importantes ou mais comuns de impactos na saúde ou no bem-estar relacionados aos cuidados de saúde;

4ª) Se concentra no valor da saúde, podendo se referir aos valores atribuídos a diferentes estados de saúde. Esses valores, ou utilidades, são usados para calcular anos de vida ajustados pela qualidade (AVAQs ou QALYs, do inglês *quality-adjusted life-years*) e para medir os benefícios das tecnologias de saúde.

A despeito dos pormenores e divergências entre as diferentes áreas e linhas de pensamento, pode-se dizer que a QVRS é um reflexo da maneira como o indivíduo percebe e reage ao seu status de saúde e a outros aspectos não médicos de sua vida. Ainda, a QVRS refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde que são influenciados pela percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores e em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações. Assim, a maneira com que os indivíduos avaliam sua saúde depende das expectativas criadas no que tange à saúde ideal e essas expectativas variam de acordo com vários fatores, dentre eles, a posição socioeconômica e as questões culturais, as quais podem acarretar maneiras diferentes de perceber a própria saúde e a qualidade de vida (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

Discutida na literatura médica desde a década de 1960, a QV, assim como o termo “estado de saúde” precedem ao uso do termo QVRS (KARIMI; BRAZIER, 2016). O

conceito geral de QV foi inicialmente considerado um complemento útil aos conceitos tradicionais de saúde e de estado funcional. Uma avaliação de saúde ideal, portanto, incluiria uma medida da saúde física da pessoa e medidas do funcionamento físico, social e psicológico, além de uma medida da QV. Tal avaliação abrangeria os principais domínios físicos, psicológicos, sociais e espirituais da vida (The WHOqol group, 1998).

A importância das discussões sobre medidas e avaliações de QV cresce à medida que o tratamento médico vem sendo cada vez mais capaz de estender a duração da vida, às vezes em detrimento da qualidade de vida, ou ainda, melhorar a qualidade de vida sem prolongar o tempo de vida. Neste cenário, medidas simples de taxas de mortalidade já não são mais suficientes para medir mudanças na saúde da população (KARIMI; BRAZIER, 2016).

Nesse sentido, vale destacar que o Brasil passa por transição demográfica, com conseqüente envelhecimento populacional. Com mais pessoas alcançando idades mais elevadas, uma série de mudanças são observadas, como a transição epidemiológica, onde a mortalidade passa a predominar entre os mais velhos e as principais causas de morte são as doenças típicas do envelhecimento. Portanto, de um quadro em que predominavam as doenças infecciosas e parasitárias, que atingiam em sua maioria os mais jovens, passou-se a um cenário em que as doenças crônicas e degenerativas assumem um peso maior, o que exige uma alteração completa da rede de assistência à saúde, ainda muito pautada em ações curativas, necessitando cada vez mais de ações preventivas e de acompanhamentos constantes, com tratamentos muitas vezes mais complexos (OLIVEIRA, 2019).

Dado o cenário vigente de envelhecimento populacional e melhoria das taxas de sobrevivência para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), não só no Brasil, mas em escala internacional, os pesquisadores estão colocando ênfase crescente na QVRS (PEQUENO et al., 2020). A importância deste tipo de avaliação aumentou principalmente por ser um enfoque que valoriza a perspectiva do paciente e possibilita a abordagem da saúde dos indivíduos em diferentes domínios como, por exemplo: aspectos físicos, funcionamento no dia a dia, desempenho social e aspectos emocionais. O maior propósito deste tipo de avaliação é o de medir o impacto funcional e subjetivo das doenças crônicas e seu tratamento na vida dos indivíduos

afetados (BRASIL, 2014).

Portanto, a QV consolidou-se como um conceito importante e alvo de pesquisa e prática nos campos da saúde e medicina. Apesar de que os desfechos biomédicos têm sido o foco principal na medicina e nas pesquisas em saúde, cada vez mais pesquisas têm se concentrado em QV e o número de avaliações deste tipo vêm aumentando (HARALDSRAD et al., 2019).

Em uma revisão sistemática sobre a pesquisa de qualidade de vida em medicina e ciências da saúde, Haraldstad e colaboradores (2019) trazem algumas características importantes sobre o tema. A primeira é que a pesquisa nesta área é verdadeiramente internacional, pois vem ocorrendo em várias partes do mundo, com maior tendência em países desenvolvidos. Além disso, observa-se uma ênfase na investigação de grupos de pacientes com doenças específicas, especialmente diferentes tipos de câncer e outras condições crônicas. Essa abordagem visa não apenas explorar opções e efeitos de tratamento, mas também compreender seus impactos na vida das pessoas. Outro aspecto relevante é o uso crescente da QV como desfecho avaliado em ensaios clínicos, muitas vezes como parte de uma avaliação de diferentes resultados de tratamentos ou intervenções. Nesse contexto, o conhecimento sobre qualidade de vida é importante para entender as consequências da doença e do tratamento e para a tomada de decisões médicas em todas as faixas etárias e culturas.

De forma semelhante, Pequeno e colaboradores (2020), em uma revisão sistemática sobre estudos de base populacional que avaliaram QV em adultos entre 2008 e 2018, encontraram que o foco principal da pesquisa de QV foram as DCNTs, notadamente as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, dislipidemia e/ou obesidade. Os estudos avaliados evidenciaram que a presença dessas doenças e seus fatores de risco têm impacto na QV. Destaca-se ainda o fato de que o Brasil foi o país com maior número de publicações recuperadas nesta revisão (20,6%).

Outro aspecto relevante sobre as avaliações de QVRS é que vários países, inclusive o Brasil, vêm fazendo uso dessas avaliações também como medidas de desfecho para análises econômicas na saúde, pois a forma como muitas tecnologias afetam pacientes e seus familiares, provedores de serviços de saúde, empregadores e outros agentes não se limita apenas a mudanças nas taxas de morbimortalidade

(principalmente em doenças crônicas e sequelas/incapacidades secundárias). Dessa forma, este tipo de desfecho foi incorporado às Avaliações de Tecnologias em Saúde (ATS) e aos processos de tomada de decisão em políticas públicas, sendo considerada por alguns autores a mais relevante e abrangente medida de desfecho para se comparar custos (BRASIL, 2014).

Além disso, a QVRS, fortemente influenciada por determinantes sociais, como renda e escolaridade, é um importante parâmetro a ser utilizado nos serviços de saúde e a ser considerado no planejamento de políticas públicas (FREITAS et al., 2022), de forma a contribuir para ações mais efetivas do Estado para a promoção do bem-estar da população.

2.3. Avaliação de QVRS e o uso do instrumento EQ-5D

A utilização de avaliações do QVRS é ampla e muito importante. No entanto, a principal barreira para seu uso como um indicador de resultado é a falta de uma definição comum e padrão de medição. Para que tenha utilidade clínica, uma medida não deve apenas ser válida, apropriada, confiável, responsiva e passível de interpretação, mas também deve ser simples, rápida de preencher, fácil de pontuar e fornecer dados clínicos úteis (CHEN; LI; KOCHEN, 2005).

A escolha do tipo de medida depende claramente do(s) objetivo(s) do estudo que pretende utilizá-la. Encontrar instrumentos que possam ser amplamente utilizados e que tenham boas propriedades psicométricas para cada condição de saúde é um desafio (HARALDSRAD et al., 2019).

Muitos instrumentos foram desenvolvidos para medir a QVRS, porém, a maioria deles em inglês. A aplicação de tais instrumentos à população que não fala inglês requer tradução cuidadosa e validação transcultural. É preciso ainda avaliar se o conteúdo, conceito, construto e método de pontuação de um instrumento são válidos e se é aceitável para a população que será avaliada. Também é importante que o significado seja compreendido universalmente por todos que queiram usar os instrumentos e que o produto tenha aplicabilidade cultural além do inglês (CHEN; LI; KOCHEN, 2005).

De acordo com Haraldsrud e colaboradores (2019), as medidas de QV podem ser categorizadas em três subtipos, de acordo com:

- 1º) Relato (autorrelato vs. relato *proxy*);
- 2º) Pontuação (indicador único, perfil ou abordagem de bateria);
- 3º) População considerada (genérica vs. condição específica).

O autorrelato ocorre quando o próprio paciente responde à avaliação da sua QV. Nos casos em que os pacientes não conseguem responder perguntas ou expressar sua opinião, por limitações cognitivas, por exemplo, uma pessoa da família, ciente do problema de saúde e próxima do paciente, pode ser uma fonte de informações adequada (relato *proxy*). As avaliações respondidas por responsáveis dos pacientes são geralmente usadas em pesquisa ou no cuidado clínico de indivíduos muito jovens, muito velhos e/ou gravemente doentes (SARRIA et al., 2019).

Quanto à pontuação, as medidas de perfil avaliam vários aspectos da QVRS e são análogas aos testes de inteligência, já que pessoas diferentes podem ser comparadas entre si porque fizeram o mesmo exame (KAPLAN; HAYS, 2022). Já a abordagem em bateria é utilizada na ausência de medidas de QV bem validadas para o grupo de interesse e consiste na utilização de uma bateria das melhores medidas disponíveis para avaliar a QV para cada um dos domínios correspondentes (SPIETH; HARRIS, 1996).

Em função do campo de aplicação (população), os instrumentos utilizados podem ser específicos ou genéricos. Instrumentos específicos destinam-se a grupos com uma mesma enfermidade e detectam particularidades da QV subsequentes a determinadas doenças ou agravos à saúde. São úteis na avaliação de modalidades terapêuticas em ensaios clínicos e/ou para acompanhar mudanças ocorridas durante o tratamento. Todavia, não permitem estabelecer comparações entre grupos com diferentes condições (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

Por outro lado, os instrumentos genéricos avaliam o estado de saúde, sendo utilizados para avaliar diversos domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde de distintos tipos de populações ou doenças. São multidimensionais, possuem ampla aplicabilidade e permitem comparar a QV de indivíduos saudáveis com a de indivíduos doentes ou de

portadores da mesma doença vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Porém, não são sensíveis para detecção de aspectos particulares e específicos da QV decorrentes de uma determinada patologia (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

Portanto, medidas genéricas de qualidade de vida podem ser usadas isoladamente ou em combinação com um instrumento específico de condição (KAPLAN; HAYS, 2022). Este tipo de instrumento, criado para fornecer uma medida objetiva de sensações subjetivas, tem sido amplamente utilizado para avaliar os diversos domínios do estado de saúde de diferentes populações (PEQUENO et al., 2020). Alguns exemplos de medidas genéricas amplamente utilizadas e validadas em várias culturas são: o EQ-5D, o SF-36, e WHOQOL-BREF para adultos, e Kidscreen, CHQ e PedsQL para crianças (HARALDSRAD et al., 2019).

O instrumento mais utilizado para calcular as pontuações de QV em serviços públicos no mundo é o EQ-5D (HOLOWNIA-VOLOSKOVA; TARBASTAEV; GOLICKI, 2020). Desenvolvido na década de 80 pelo EuroQol, um Grupo de pesquisa colaborativo da Europa Ocidental formado por uma rede internacional de pesquisadores multidisciplinares, o instrumento EQ-5D vem sendo usado há mais de 30 anos em ensaios clínicos, estudos populacionais e cenário de mundo real. Inicialmente foi elaborado de forma simultânea em holandês, inglês, finlandês, norueguês e sueco. Atualmente, o EQ-5D é amplamente utilizado em todo o mundo e foi traduzido para a maioria dos principais idiomas (EUROQOL GROUP, 2023).

Atualmente, três versões deste instrumento estão disponíveis: EQ-5D-3L, EQ-5D-5L e o EQ-5D-Y. O EQ-5D-3L foi o primeiro a ser disponibilizado pelo grupo EuroQol em 1990 e possui três níveis de resposta para cada dimensão avaliada. Já o EQ-5D-5L e o EQ-5D-Y foram introduzidos em 2009, o primeiro com vistas melhorar a sensibilidade e reduzir os efeitos de teto observados pelo formulário de três níveis e o segundo como um instrumento mais compreensível e adequado para uso em populações de crianças e adolescentes (EUROQOL GROUP, 2023).

O formulário EQ-5D consiste essencialmente em duas páginas: a primeira com o sistema descritivo EQ-5D e a segunda com uma escala visual analógica EQ (EQ VAS). Seu sistema descritivo compreende as seguintes cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. No caso

do EQ-5D-3L, cada dimensão deve ser avaliada pelo respondente em três níveis: sem problemas, alguns problemas e problemas extremos. Durante a aplicação, pede-se ao respondente que indique o seu estado de saúde sinalizando a afirmação mais adequada dentre os três níveis de resposta, para cada uma das cinco dimensões. Cada resposta resulta em um número de um dígito que expressa o nível selecionado para cada dimensão. Os dígitos obtidos nas cinco dimensões podem ser combinados em um número de cinco dígitos que descreve o estado de saúde do paciente (EUROQOL GROUP, 2023). O EQ-5D-3L define 243 estados de saúde teoricamente possíveis, que variam de 11111 (sem problemas em nenhuma dimensão) até 33333 (problemas graves em todas as dimensões) (SANTOS et al., 2016).

Em adição ao sistema descritivo, o respondente também pode autoavaliar seu estado de saúde atual por meio da Escala Visual Analógica (EVA), denominada EQ-VAS, graduada de 0 a 100, representando o pior e melhor estado de saúde imagináveis. Os pontos inicial e final são rotulados como “Pior estado de saúde imaginável” e “Melhor estado de saúde imaginável”, respectivamente (Figura 1). O valor identificado pode ser usado como uma medida quantitativa do resultado de saúde que reflete o julgamento do próprio paciente (EUROQOL GROUP, 2023; SANTOS et al., 2016).

Embora o EQ-5D seja fácil de usar, a versão original do instrumento apresenta preocupações em relação à sensibilidade com a presença de um importante efeito de teto (*ceiling effect*), onde números substanciais de pessoas obtêm a pontuação mais alta possível, principalmente quando aplicado em populações com baixa morbidade, nas quais, conseqüentemente, a probabilidade de detectar mudanças na QV será mais baixa (KIND; BROOKS; RABIN, 2005). Com vistas a corrigir esse problema, a versão mais recente da medida, o chamado EQ-5D-5L, mudou o sistema de classificação para incluir cinco níveis para cada um dos domínios: sem problemas, alguns problemas, problemas moderados, problemas graves e problemas extremos (KAPLAN; HAYS, 2022).

Vale ressaltar que o questionário EQ-5D original, hoje denominado EQ-5D-3L, salvo algumas mudanças de redação e *design*, permaneceu relativamente inalterado desde a década de 90. Essa estabilidade do instrumento teve várias conseqüências. Após tanto tempo de uso e pesquisa, existe um catálogo substancial de estudos, evidências e dados EQ-5D disponíveis para apoiar novas investigações e, do ponto de vista de

sua aplicação em ATS, essa estabilidade pode facilitar decisões consistentes ao longo do tempo (DEVLIN; BROOKS, 2017).

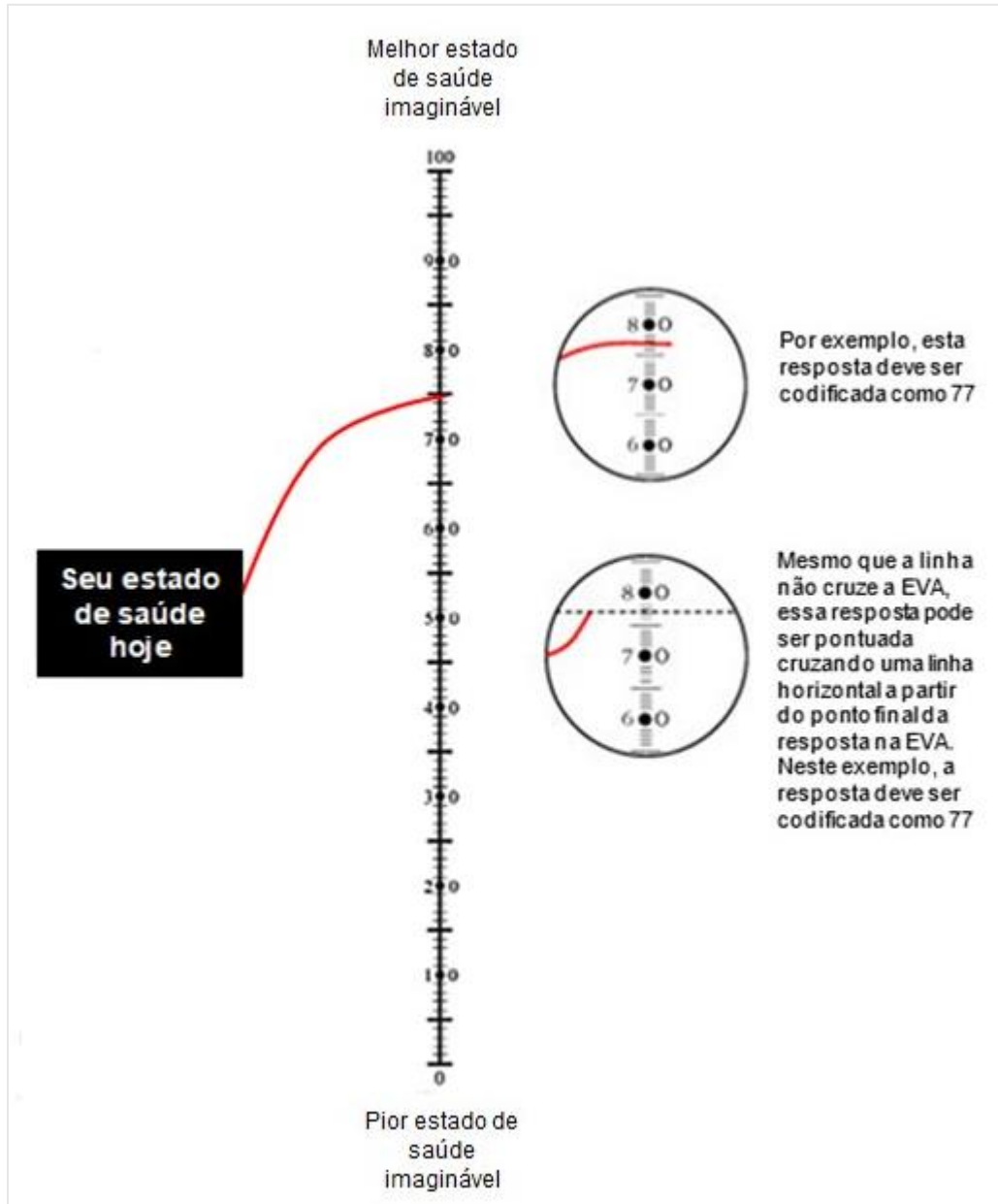


Figura 1 – Representação de preenchimento e leitura de resposta da EQ-VAS.

Fonte: Feng, Parkin e Devlin (2013). Adaptada e traduzida pela autora.

Dentre as principais vantagens deste instrumento, estão seu amplo uso, brevidade e simplicidade de administração. As versões oficiais estão disponíveis para mais de 200 idiomas, portanto, os dados coletados com o EQ-5D podem ser utilizados com

sucesso em comparações internacionais. Os dados de referência da população para um país ou região específicos (às vezes chamados de dados de normas populacionais ou simplesmente normas populacionais) podem ser usados para comparar perfis de pacientes com condições específicas com os dados da população em geral e estratificados por idade e sexo semelhantes. Além disso, as normas populacionais permitem comparar a carga da doença com a saúde da população em geral, bem como medir as desigualdades em saúde (HOLOWNIA-VOLOSKOVA; TARBASTAEV; GOLICKI, 2020).

Neste sentido, em 2013, Andrade e colaboradores realizaram um estudo para determinação das preferências da sociedade brasileira por estados de saúde EQ-5D. Conduzido no estado de Minas Gerais, este estudo utilizou a técnica *time trade-off* (TTO) e entrevistou 3.362 indivíduos adultos de forma face a face em seus domicílios. Ao analisar quais dimensões de saúde e grau de gravidade são mais importantes para a população, os principais resultados revelaram que o decréscimo na utilidade da saúde aumenta com o nível de gravidade e que a mobilidade se destaca como a dimensão mais importante do EQ-5D para a população brasileira (ANDRADE et al., 2013).

De forma semelhante, Santos e colaboradores, em 2016, por meio de um estudo multicêntrico conduzido em quatro áreas urbanas brasileiras, também utilizando a técnica TTO, face a face, em amostras probabilísticas da população geral (n = 9.148), estabelecem normas populacionais. Seus achados demonstram que as dimensões “Mobilidade” e “Atividades Habituais” foram associadas a maiores perdas no valor de utilidade do estado de saúde, enquanto a dimensão “Ansiedade/Depressão” foi o domínio que contribuiu para menores perdas no valor de utilidade do estado de saúde (SANTOS et al., 2016).

Como os valores e as preferências em relação aos resultados de saúde diferem entre países, tanto pelas diferenças socioculturais, quanto pelas diferenças observadas nas metodologias e análises realizadas nas pesquisas, a especificidade dos valores de utilidade, que considerem as preferências da população estudada é muito importante (SANTOS et al., 2016).

Por fim, com relação à administração de instrumentos de QV, tanto os questionários genéricos quanto os específicos podem ser administrados por profissionais de saúde

ou terceiros, desde que devidamente treinados. A entrevista é o método mais comumente usado, pois aumenta as taxas de resposta e reduz erros devido à má interpretação ou mal entendimento das perguntas (PEQUENO et al., 2020), o que pode comprometer a validade e a utilidade dos dados coletados.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde da população urbana adulta do município de Alegre/ES e verificar a influência dos hábitos de vida e condições socioeconômicas e de saúde autorreferidas.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde da população de Alegre/ES e correlacionar os dados com os níveis de QVRS apresentados;
- Avaliar o índice de QVRS, as dimensões mais impactadas, e os estados de saúde apresentados pela população do estudo, comparando-os com dados disponíveis na literatura;
- Verificar a associação entre as variantes sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida na QVRS desta população;
- Determinar os fatores que influenciam a QVRS da população e analisá-los frente às limitações e contextos encontrados.

4. MÉTODOS

4.1. Contexto e delineamento

Este estudo constitui parte integrante de um projeto de pesquisa chamado “Estudo de utilização de medicamentos na Rede de Atenção à Saúde do município de Alegre/ES: inquérito municipal, implementação de um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico e ensaio clínico randomizado de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica”, desenvolvido por uma parceria entre pesquisadores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), *campus* Alegre.

Executada pelo Grupo de Pesquisa em Avaliação, Tecnologia e Economia em Saúde da UFES (GATES/UFES), a presente pesquisa contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e apoio institucional da Secretaria Executiva de Saúde (SESA) do município de Alegre.

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e de base populacional realizado na forma de inquérito domiciliar, durante o período de novembro a dezembro de 2021 no município de Alegre, estado do Espírito Santo, Brasil. Por meio de entrevistas presenciais (face a face), realizou-se a coleta de dados sociodemográficos, de saúde e de qualidade de vida autorreferidos pela população.

4.2. Área do estudo

O município de Alegre está localizado na região sul espírito-santense e possui área territorial de 756.860 km² (Figura 2). De acordo com dados do último Censo publicado (2010), o município contava com uma população de 30.768 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,721. Dos 9.948 domicílios permanentes do município, 7.186 concentravam-se na área urbana e 2.762 na área rural. A população urbana contabilizada no município foi de 21.512 habitantes, sendo que, destes, 16.179 residiam na sede do município (IBGE, 2010).

Dados preliminares do Censo de 2022 demonstram uma população atual de 29.177 habitantes, menor número de habitantes registrados desde o Censo de 1970, e densidade populacional de 38,55 hab/m² em Alegre/ES (IBGE, 2023).

Com clima quente e úmido no verão e seco no inverno, a temperatura média anual do município é de 22,2°C e suas principais atividades econômicas concentram-se na cafeicultura, pecuária de leite e de corte (PREFEITURA DE ALEGRE, 2023).

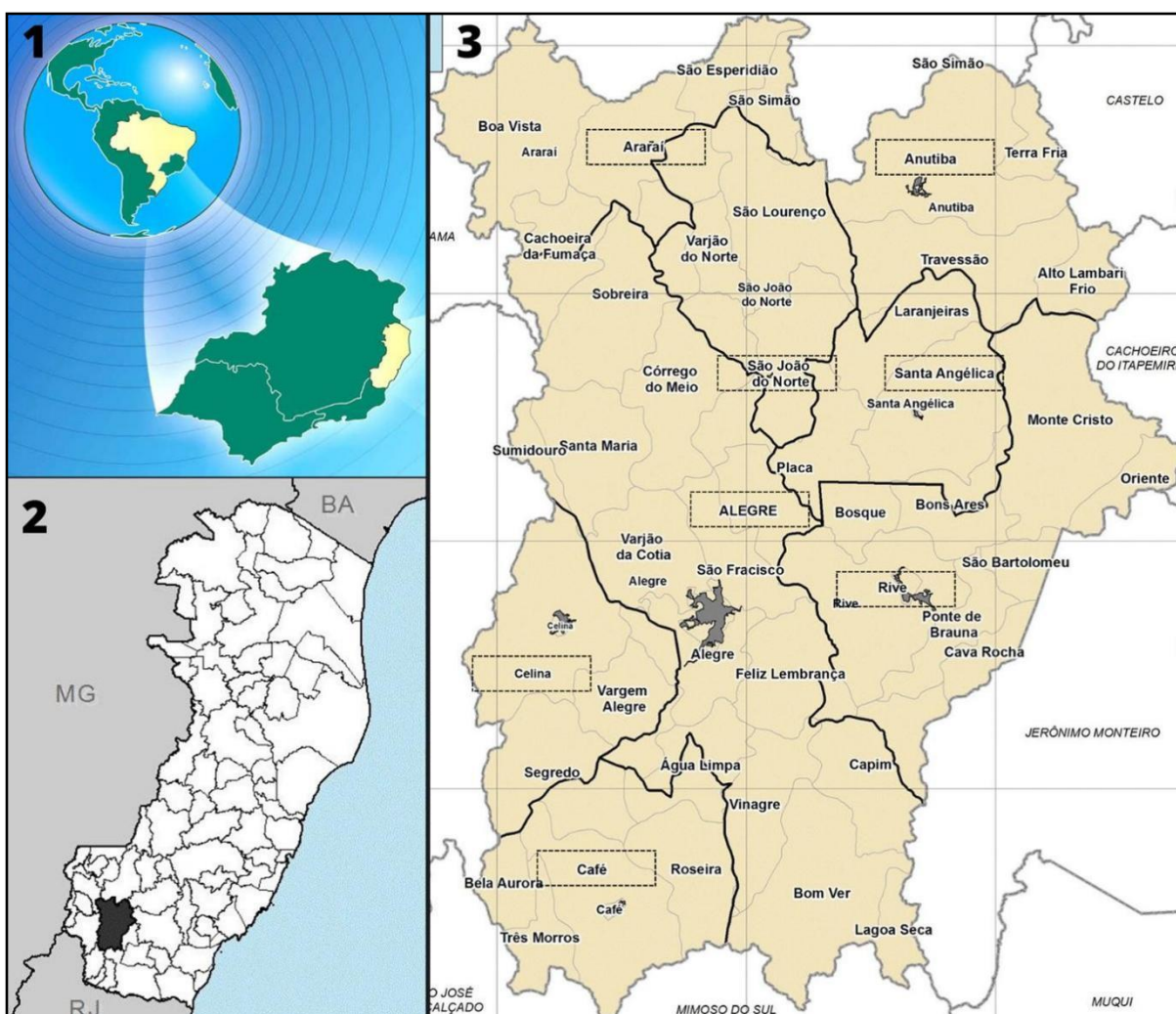


Figura 2 – Localização geográfica e divisão política-administrativa do município de Alegre/ES, Brasil.

Fonte: Adaptado do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), 2023.

4.3. População e amostra

A população-alvo do estudo foi composta por indivíduos adultos residentes na área urbana do município. Determinou-se como critérios de inclusão ter idade mínima de 18 (dezoito) anos, residir na área de interesse e concordar livremente em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostragem foi realizada de forma probabilística e representativa.

Primeiramente, para determinação de quantos indivíduos deveriam ser entrevistados, realizou-se o cálculo amostral no *software* OpenEpi utilizando-se como referência a população urbana do município, de 21.512 habitantes (IBGE, 2010), a um nível de confiança de 95% (erro $\alpha = 0,05$), prevalência esperada de 50% e efeito de desenho de 1,5.

A amostra mínima calculada foi de 567 indivíduos, a qual se acrescentou 10%, de modo a prevenir impactos sobre o poder do estudo com eventuais recusas ou perdas, totalizando, portanto, 624 indivíduos a serem entrevistados.

Buscando garantir a adequada representatividade da população, a distribuição geográfica dos domicílios visitados foi determinada pelo processo de amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT), conforme metodologia descrita pela OMS (WHO, 2004; BIERRENBACH, 2008), executada em dois estágios: centro censitário e domicílio.

No primeiro estágio, sorteou-se aleatoriamente 10 dos 37 setores censitários urbanos do município, sendo que a probabilidade de cada um desses setores censitários serem sorteados foi proporcional a quantidade de domicílios no setor. Portanto, setores com maior quantidade de domicílios apresentaram maior probabilidade de serem sorteados.

Em seguida, no segundo estágio, determinou-se uma mesma quantidade de indivíduos a ser entrevistados em cada setor. Neste caso, a probabilidade de um indivíduo ser amostrado é maior em setores censitários menores.

4.4. Coleta de dados e instrumentos utilizados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face conduzidas por uma equipe de pesquisadores e acadêmicos do curso de Farmácia da UFES, *campus* Alegre. Ao todo, participaram 14 pesquisadores: dois professores, uma aluna de pós-doutorado, dois alunos de mestrado e nove alunos de graduação em Farmácia.

Todos foram previamente treinados para o trabalho em campo, com informações sobre os instrumentos de coleta e o processo de trabalho, além da realização de um projeto-piloto para teste e avaliação do questionário e treinamento prático dos pesquisadores. Como suporte, foi constituída uma comissão para resolver possíveis dúvidas ou problemas decorrentes do trabalho de campo, através de contato presencial, telefônico e eletrônico. A equipe técnica responsável pela capacitação e suporte foi constituída de professores e pesquisadores do GATES/UFES.

Durante o trabalho em campo, os pesquisadores estavam identificados e foram adotados procedimentos para prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, tais como uso de máscaras e higienização das mãos. Nesta etapa contou-se com a cooperação de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) dos territórios de interesse na identificação de domicílios e abordagem aos residentes. Ao percorrer as ruas dos setores censitários sorteados, as residências foram abordadas de forma aleatória, sendo considerado sem retorno a situação de domicílio fechado ou no qual não havia interessado apto em participar da pesquisa.

Após o contato inicial com um representante da residência, foram apresentados os objetivos da pesquisa e explicado como se daria a participação do entrevistado. Em caso de concordância, o pesquisador apresentava o TCLE, conduzindo a leitura conjunta do documento. Durante essa leitura, o entrevistado tinha liberdade para interromper a qualquer momento para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Ao final, o entrevistado assinava o TCLE apresentado, ficando em posse uma via e o pesquisador retendo a via assinada. Somente após este momento a coleta dos dados era efetivamente iniciada.

A primeira parte da entrevista foi conduzida utilizando-se um formulário impresso, semiestruturado e pré-codificado, desenvolvido pelo grupo de pesquisa e composto

por questões distribuídas por tema em oito blocos (Tabela 1).

Tabela 1 – Estrutura do formulário utilizado para coleta de dados sociodemográficos e de saúde da população do estudo.

Bloco	Assunto abordado	Nº de questões
Parte A	Dados sociodemográficos	14 questões
Parte B	Saúde em geral e uso de serviços de saúde	27 questões
Parte C	COVID-19	11 questões
Parte D	Uso de serviços de saúde	18 questões
Parte E	Uso de medicamentos	50 questões
Parte F	Uso de chás e plantas medicinais	11 questões
Parte G	Uso de homeopatia, fitoterapia, medicamentos manipulados e caseiros	05 questões
Parte H	Hábitos de vida	10 questões
Total		146 questões

Notas:

1 - A Parte D se diferencia da Parte B por focar na avaliação dos serviços utilizados pelos entrevistados.

2 - Nem todos os entrevistados responderam a todas as perguntas, já que algumas delas são explicativas entre si.

O entrevistador conduziu a entrevista lendo as questões junto ao entrevistado e assinalando as respostas fornecidas no formulário, com exceção das perguntas relacionadas às avaliações dos serviços de saúde, que foram assinaladas no formulário pelo próprio entrevistado. Essas questões foram estruturadas para resposta em escala visual analógica com extremos de 0 e 10, permitindo ao entrevistado indicar na escala seu nível de satisfação com o serviço utilizado.

Embora coletadas, nem todas as informações obtidas por este formulário foram utilizadas no presente trabalho, sendo analisadas por outros trabalhos do grupo de pesquisa.

A segunda parte da entrevista, ocorrida de forma sequencial, foi conduzida utilizando-se a versão em português, impressa, do questionário denominado EQ-5D-3L. Desenvolvido pelo grupo de pesquisa colaborativo EuroQol, trata-se de um instrumento utilizado em avaliações de qualidade de vida desde a década de 1990 (EuroQol Group, 2023).

Este questionário padronizado fornece uma medida simples e genérica de saúde para avaliação clínica e econômica (EuroQol, 1990). Estruturado em duas páginas, é primeiramente composto por questões descritivas envolvendo cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão. Essas dimensões são avaliadas pelos entrevistados em três níveis: sem problemas, alguns problemas e problemas extremos (Tabela 2). A segunda página do EQ-5D-3L consiste em uma Escala Visual Analógica (EVA) vertical, onde os entrevistados registram o valor de sua autopercepção de saúde naquele dia traçando uma linha, que parte de um ponto fixo até o ponto da escala graduada de 0 a 100, cujo valor representa seu estado de saúde no dia. Os pontos extremos da escala são identificados como "Pior estado de saúde imaginável" (0) e "Melhor estado de saúde imaginável" (100) (EuroQol Group, 2023).

Tabela 2 - Dimensões abordadas e níveis de resposta do instrumento EQ-5D-3L utilizado na coleta de dados.

Descrição	Nível de problemas/Possibilidades de resposta	
Mobilidade	1	Não tenho problemas em andar
	2	Tenho alguns problemas em andar
	3	Estou limitado a ficar na cama
Cuidados pessoais	1	Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais, p. ex. me lavar ou vestir
	2	Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
	3	Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)
Atividades habituais	1	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
	2	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
	3	Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
Dor/Mal-estar	1	Não tenho dores ou mal-estar
	2	Tenho dores ou mal-estar moderados
	3	Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/Depressão	1	Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
	2	Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
	3	Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do questionário EQ-5D-3L (Grupo EuroQol).

A aplicação do questionário EQ-5D-3L foi conduzida por entrevista, onde o entrevistador leu as questões e assinalou no formulário a resposta verbalizada pelo entrevistado. Já para o registro na EVA, foram cedidos a caneta e o formulário ao entrevistado que, de próprio punho, registrou na escala visual analógica sua autoavaliação de saúde no dia.

Como no sistema descritivo do EQ-5D-3L há cinco dimensões que são avaliadas em três níveis, logo são possíveis 243 combinações de resultados. Essas combinações são referidas por um código de 5 (cinco) dígitos que variam de 11111 (sem problemas em nenhuma dimensão) até 33333 (problemas graves em todas as dimensões) e permitem a obtenção de um único valor de índice (índice EQ-5D) para cada combinação de 5 (cinco) números, também conhecidos como estados de saúde (SANTOS et al., 2016).

Os valores atribuídos aos estados de saúde, também chamados de valores de índices, diferem entre países e populações devido às diferenças em como as pessoas de cada país relatam os problemas ao longo das cinco dimensões do EQ-5D e também às diferenças em como distintas populações valorizam esses problemas, além das diferenças demográficas (SZENDE; JANSSEN; CABASÉS, 2014). O valor do índice reflete quão bom ou ruim é o estado de saúde de acordo com as preferências da população geral de um país ou região. A coleção de valores de índice para todos os estados de saúde possíveis do EQ-5D é chamada de conjunto de valores ou normas populacionais. Os dados normativos nacionais podem ser usados para comparar os resultados de grupos específicos (por exemplo, pacientes) com a saúde da população geral de um país ou região (EuroQol Group, 2023).

Portanto, neste estudo, os estados de saúde obtidos foram posteriormente relacionados à percepção de utilidade na perspectiva da população brasileira. Para isso, utilizou-se os dados de Santos e colaboradores (2016), que valorou as preferências nacionais de saúde por meio de um estudo multicêntrico realizado em quatro capitais brasileiras com uma amostra probabilística da população ($n = 9.148$). Este estudo desenvolveu um valor específico para cada um dos 243 estados de saúde possíveis de serem obtidos pelo EQ-5D-3L, também chamados de escores de utilidade.

Com base na atribuição desses escores de utilidade a cada estado de saúde obtido

pelo presente estudo, determinou-se o valor da QVRS na população de Alegre/ES.

4.5. Variáveis

As variáveis utilizadas, assim como sua construção e categorização para as análises estão dispostas na tabela 3.

A variável resposta neste estudo é o valor da QVRS, obtida por meio do sistema descrito do EQ-5D-3L. As características sociodemográficas, de saúde, hábitos de vida e doenças autorrelatadas foram consideradas como variáveis explicativas.

O valor da QV obtido por meio da EQ-VAS não foi considerado nas análises associativas, sendo descrito e utilizado somente para correlação com o valor obtido pelo sistema descritivo.

Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.

(continua)

Variáveis	Origem/construção	Categorias consideradas	
		Análise descritiva	Regressão Tobit
Cor ou etnia	<ul style="list-style-type: none"> Autodeclarada pelo entrevistado. Categorias presentes no formulário: branco; preto; pardo; amarelo; indígena; albino; outra (campo para especificar). 	Branco Pardo e preto Outros	Branco Não branco
IMC	<ul style="list-style-type: none"> Calculada em Excel® a partir dos valores de altura e peso fornecidos pelo entrevistado. Fórmula: $IMC = \frac{\text{peso (em Kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (em cm)}}$ Categorias de peso realizadas conforme OMS (2010), optando-se por não destrinchar subníveis de obesidade. 	Abaixo do peso Peso saudável Excesso de peso Obesidade	Variável contínua
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> Autodeclarado pelo entrevistado. Categorias presentes no formulário: solteiro; casado; união estável; divorciado; separado; viúvo; outro (campo para especificar). 	Solteiro Divorciado, separado ou viúvo Casado ou em união estável Outros	Sem companheiro Casado ou em união estável (acompanhado)

Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.

(continuação)

Variáveis	Origem/construção	Categorias consideradas	
		Análise descritiva	Regressão Tobit
Religião	<ul style="list-style-type: none"> Autodeclarada pelo entrevistado. Categorias presentes no formulário: sem religião; católico; evangélico/protestante; espírita; outra (campo para especificar). 	Sem religião Católico Protestante Outras	Possui religião Sem religião
Horas de sono	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “Quantas horas por dia você geralmente dorme?”. Categorias presentes no formulário: < 6 horas; de 6 a 7 horas; de 7 a 8 horas; > 8 horas. Categorização utilizada na regressão Tobit baseada na recomendação de 7 horas de sono diárias para adultos (CDC, 2022). 	< 6 horas De 6 a 7 horas De 7 a 8 horas > 8 horas	≥ 7 horas < 7 horas
Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> Autodeclarada pelo entrevistado. Categorias presentes no formulário: sem escolaridade; fundamental incompleto (1º grau); fundamental completo (1º grau); médio incompleto (2º grau); médio completo (2º grau); técnico completo; superior completo; mestrado completo; doutorado completo. 	Sem escolaridade Fundam. incompleto Fundam. completo Médio incompleto Médio completo Técnico ou superior Mestrado e/ou doutorado	Até o fundamental incompleto Do fundamental até o médio completo Ensino técnico, superior, mestrado e/ou doutorado.
Renda	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à questão “renda mensal bruta em salários-mínimos”. Categorias presentes no formulário: ≤ 1 salário-mínimo (≤ R\$ 1.100); 1 a 2 salários (R\$ 1.101 – R\$ 2.200); 2 a 4 salários (R\$ 2.201 – R\$ 4.400); 4 a 10 salários (R\$ 4.401 – R\$ 11.000); > 10 salários (> R\$ 11.000) 	≤ 1 salário De 1 a 2 salários De 2 a 4 salários > 4 salários	≤ 1 salário De 1 a 2 salários > 2 salários
Doenças*	<ul style="list-style-type: none"> Construída por meio da soma das doenças autorrelatadas pelo entrevistado. Foram questionadas 13 enfermidades, além de espaço para outras (especificar). 	Análises gráficas: Proporção de indivíduos com doenças e relação entre o nº. de doenças e valor da QVRS.	_____
Medicamentos em uso*	<ul style="list-style-type: none"> Construída somando-se os medicamentos que o entrevistado relatou utilizar. 	Análise gráfica: Relação entre o número de medicamentos utilizados e valor médio da QVRS.	_____
Idade	<ul style="list-style-type: none"> Calculada em Excel®: diferença entre a data de início da coleta de dados (01/12/2021) e a data de nascimento declarada pelo entrevistado. 	Variável contínua (anos)	

Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.

(continuação)

Variáveis	Origem/construção	Categorias consideradas	
		Análise descritiva	Regressão Tobit
Satisfação com serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Calculada em Excel®: média de todas as avaliações dos serviços de saúde do município utilizados pelo entrevistado no último ano. • Referente a cada serviço, o entrevistado registrou seu nível de satisfação em uma escala visual analógica. Posteriormente, a posição da marca feita na escala de 10 centímetros (cm) foi medida para determinar o valor de satisfação correspondente (valor da satisfação = posição da marca em cm). 	Variável contínua (escala de 0 a 10)	
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Observação do entrevistador. 	Feminino Masculino	
Região	<ul style="list-style-type: none"> • Determinada por meio da resposta do entrevistado à questão “bairro/distrito” de sua residência. • Verificou-se a localização do endereço de acordo com a divisão político-administrativa do município. 	Sede Distrito	
Residência	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada pelo entrevistado em resposta à questão “você mora em”. • Categorias presentes no formulário: casa ou apartamento próprio (de familiares ou amigos); casa ou apartamento alugado; quarto cômodo ou quitinete alugado ou emprestado; república; se outro (hotel, asilo, etc) especificar. 	Própria Alugada	
Situação de moradia	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada pelo entrevistado em resposta à questão “mora com”. • Categorias presentes no formulário: sozinho; familiares (pais e/ou filhos); parentes (avós/tios); amigos. 	Mora sozinho Mora acompanhado	
Autopercepção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada pelo entrevistado em resposta à questão: “De um modo geral, você considera seu próprio estado de saúde como:”. • Categorias presentes no formulário: muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim. 	Muito bom/bom Regular Ruim/muito ruim	
Polifarmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Construída a partir da soma dos medicamentos que o entrevistado relatou utilizar. • Classificação utilizada para polifarmácia: uso de 5 ou mais medicamentos (OMS, 2019). 	Sim Não	
Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada pelo entrevistado. 	Sim Não	

Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.

(continuação)

Variáveis	Origem/construção	Categorias consideradas	
		Análise descritiva	Regressão Tobit
Fumante	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à questão: “Atualmente, você fuma?” 	Sim Não	
Uso de bebida alcoólica	<ul style="list-style-type: none"> Construída a partir da declaração dos entrevistados à pergunta: “Com que frequência você toma alguma bebida alcoólica?”. Categorias presentes no formulário: nunca bebo; diariamente; semanalmente; mensalmente. Considerou-se apenas a resposta “nunca bebo” na categoria não consome álcool. 	Sim Não	
Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “Você faz atividade física regular, isto é, pelo menos 30 minutos?” 	Sim Não	
Internação	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “De 1 ano para cá, quantas vezes você esteve internado em um hospital? Considere internação quando você dormiu no hospital pelo menos uma noite por problema de saúde ou acidente com você.” 	Sim Não	
Plano de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “Além do atendimento prestado pelo SUS, você tem plano de saúde particular?” 	Sim Não	
Contraíu COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado. 	Sim Não	
Vacinou contra COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado. 	Sim Não	
Uso de plantas medicinais	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “Você tomou algum chá ou usou planta medicinal nos últimos 15 dias?” 	Sim Não	
Automedicação	<ul style="list-style-type: none"> Declarada pelo entrevistado em resposta à pergunta: “Você costuma usar algum medicamento por conta própria?” 	Sim Não	
Problemas de adesão a medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Construída a partir das respostas às questões: “Nos últimos 15 dias você deixou de usar algum medicamento prescrito?” e “Você deixou de usar este medicamento por algum motivo nos últimos 15 dias?” (questão repetida em relação à cada medicamento que o entrevistado relatou fazer uso). A resposta “sim” a alguma dessas questões classificou o entrevistado como com “problemas de adesão”. 	Sim Não	

Tabela 3 – Variáveis explicativas, construção e categorização utilizadas no presente estudo.

(conclusão)

Variáveis	Origem/construção	Categorias consideradas	
		Análise descritiva	Regressão Tobit
Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Declaradas pelo entrevistado quando questionado se alguma vez na vida algum médico ou outro profissional de saúde disse que ele tem ou teve esta doença. 	Sim	
Ansiedade		Não	
Artrite reumatoide			
Câncer, tumor ou neoplasias			
Depressão			
Diabetes mellitus			
Dislipidemia			
Doenças cardíacas			
Refluxo (DRGE)			
Doenças renais			
Hipertensão			
Obesidade			
Hipotireoidismo			

Nota: * Variáveis não inseridas na regressão, por se sobrepor a outras variáveis já contempladas no modelo (polifarmácia e doenças especificadas).

4.6. Análise estatística dos dados

Os dados foram tabulados em Excel e as análises foram realizadas utilizando-se os *softwares* estatísticos Jamovi versão 2.2.5, R versão 4.2.3 e Excel.

A análise descritiva foi realizada por distribuição de frequências para as variáveis categóricas e por medidas de dispersão e tendência central para as variáveis contínuas.

As variáveis sociodemográficas, assim como os hábitos de vida e características relacionadas à saúde foram tabeladas estratificadas por sexo e submetidas aos testes

estatísticos T de Student ou qui-quadrado de Pearson, de acordo com a natureza da variável.

Análises gráficas foram realizadas para visualização do número de doenças autorreferidas pela população, da prevalência de cada doença e da frequência de problemas relatados em cada dimensão do sistema descritivo do EQ-5D-3L. De forma semelhante, os impactos do número de doenças e do número de medicamentos em uso no valor da QVRS também foram apresentados graficamente (diferenças verificadas pelo teste Kruskal-Wallis).

O impacto das doenças no valor médio da QVRS foi apresentado em tabela e avaliado por meio do teste T de Student.

Os dez estados de saúde mais frequentes foram descritos em tabela, com seus respectivos valores de utilidade.

A correlação entre a QV medida (pela EVA) e predita (pelo sistema descritivo) foi verificada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, assim como a correlação entre o número de doenças e o número de medicamentos utilizados pela população.

Os fatores associados a QVRS foram verificados por meio da Regressão Tobit de forma bivariada e multivariada, onde as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada. Permaneceram no modelo multivariado apenas as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$.

O modelo Tobit é frequentemente utilizado para modelar variáveis censuradas em pesquisas de econometria. Métodos de regressão que ignoram a presença de um efeito teto ou de censura nas medidas do estado de saúde podem produzir estimativas de coeficientes viesadas (AUSTIN et al., 2000). Como o efeito de “teto” é um problema frequentemente observado na aplicação do EQ-5D-3L na população em geral, onde muitos indivíduos relatam não possuir problemas em quaisquer dos cinco domínios, optou-se pela adoção deste modelo para análise.

4.7. Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), *campus* Alegre sob o Parecer nº 3.428.060 e sob o número de registro CAAE 13586319.6.0000.8151. Todos os participantes foram previamente esclarecidos sobre a pesquisa e concordaram em participar voluntariamente, assinando o TCLE. Ademais, a Secretaria Executiva de Saúde (SESA) do município concedeu permissão para a realização de todas as etapas do projeto de pesquisa por meio da assinatura de uma carta de anuência.

5. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em subitens, a fim de proporcionar uma estrutura mais clara e organizada.

Ao todo, foram entrevistadas 694 pessoas, obedecendo-se à proporção de, no mínimo, 60 indivíduos em cada um dos 10 setores censitários amostrados. Durante as entrevistas, alguns indivíduos não souberam ou não quiseram responder a algumas questões. Portanto, é importante destacar que, em algumas variáveis, o número total será menor do que 694. Estes casos estão identificados na escrita, tabela ou gráfico.

5.1. Características sociodemográficas

O sexo feminino foi predominante na amostra (72,9%). A Tabela 4 traz a frequência dos dados sociodemográficos coletados de forma geral e estratificado por sexo. Houve diferenças significativas (valor de $p \leq 0,05$) entre os sexos feminino e masculino para as seguintes variáveis: idade, cor, religião, renda, escolaridade e situação de moradia (sozinho ou acompanhado).

A média geral de idade dos indivíduos entrevistados e que forneceram esta informação foi de 53 anos (DP = 18,9). No grupo masculino este valor foi maior, 56 anos (DP = 19,7), enquanto que, entre as mulheres, a média foi 51,9 anos (DP = 18,4).

Em relação à cor, 51,2% dos respondentes se declararam pardos ou pretos, enquanto 47,5% se declararam brancos. No grupo dos homens a maioria se declarou como branca (54,8%), a despeito das mulheres, que se declararam majoritariamente como pretas ou pardas (53,6%).

Sem diferença significativa entre homens e mulheres, a maior parte dos respondentes declararam residir na sede do município, correspondendo a 69,6% do total. Em relação ao estado civil, 49,8% estavam casados ou em união estável, enquanto 50,2% declararam algum estado civil que caracteristicamente não compartilha a residência

com parceiro(s): solteiro, viúvo, divorciado ou separado.

Somente 7,5% dos entrevistados declararam não possuir religião e, dentre os que possuem, a maior parte são católicos. Entre os homens a religião católica foi mais expressiva, representando 56,9% do total, enquanto entre mulheres esta religião foi declarada por 46,9% das entrevistadas.

Tabela 4 - Características sociodemográficas da população de Alegre/ES, 2021.

(continua)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total		Valor de p ¹
Idade em anos (<i>n, média, DP</i>)	500	51,9 (18,4)	187	56,0 (19,7)	687	53,0 (18,9)	0,015*
Cor ou etnia (<i>n, %</i>)							0,046*
Branco	226	44,8	103	54,8	329	47,5	
Pardo ou preto	270	53,6	84	44,7	354	51,2	
Outros	8	1,6	1	0,5	9	1,3	
Total	504	100	188	100	692	100	
Região (<i>n, %</i>)							0,189
Sede	359	70,9	123	65,8	482	69,6	
Distrito	147	29,1	64	34,2	211	30,4	
Total	506	100	187	100	693	100	
Estado civil (<i>n, %</i>)							0,106
Solteiro	123	24,4	60	31,9	183	26,4	
Casado ou União estável	252	49,9	93	49,5	345	49,8	
Divorciado, separado ou viúvo	128	25,3	34	18,1	162	23,4	
Outros	2	0,4	1	0,5	3	0,4	
Total	505	100	188	100	693	100	
Religião (<i>n, %</i>)							0,050*
Sem religião	37	7,3	15	8,0	52	7,5	
Católico	237	46,9	107	56,9	344	49,6	
Protestante	200	39,5	53	28,2	253	36,4	
Outros	32	6,3	13	6,9	45	6,5	
Total	506	100	188	100	694	100	

Tabela 4 - Características sociodemográficas da população de Alegre/ES, 2021.

(conclusão)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total		Valor de p ¹
Escolaridade (n, %)							0,006*
Sem escolaridade	40	7,9	17	9,1	57	8,2	
Ensino fundam. incompleto	145	28,7	62	33	207	29,8	
Ensino fundam. completo	52	10,3	36	19,2	88	12,7	
Ensino médio incompleto	35	6,9	7	3,7	42	6,1	
Ensino médio completo	171	33,8	42	22,3	213	30,7	
Ensino técnico ou superior	58	11,4	23	12,2	81	11,7	
Mestrado e/ou doutorado	5	1	1	0,5	6	0,8	
Total	506	100	188	100	694	100	
Renda² (n, %)							<0,001*
≤ 1 salário-mínimo	250	52,0	58	33,5	308	47,1	
De 1 a 2 salários-mínimos	186	38,6	90	52,0	276	42,2	
De 2 a 4 salários-mínimos	36	7,5	14	8,1	50	7,6	
> 4 salários-mínimos	9	1,9	11	6,4	20	3,1	
Total	481	100	173	100	654	100	
Residência (n, %)							0,078
Própria	391	77,6	133	71,1	524	75,8	
Alugada	113	22,4	54	28,9	167	24,2	
Total	504	100	187	100	691	100	
Situação de moradia (n, %)							0,044*
Mora sozinho	57	11,3	32	17,0	89	12,8	
Mora acompanhado ³	449	88,7	156	83,0	605	87,2	
Total	506	100	188	100	694	100	

Notas:

* Diferença estatisticamente significativa entre os grupos feminino e masculino (valor de $p \leq 0,05$).1 - Testes estatísticos utilizados: Variável idade (contínua): Teste T student; Demais variáveis (categóricas): Teste χ^2 .

2 - Salário-mínimo vigente no ano de 2021: R\$ 1.100,00.

3 - Mora com familiares, parentes ou amigos.

No que diz respeito à escolaridade, apenas 11,7% do total dos indivíduos entrevistados possuíam nível escolar técnico ou superior, e 8,2% relataram não ter frequentado à escola. Dentre os que estudaram, 42,5% chegaram, no máximo a concluir o ensino fundamental. Com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, as taxas de escolaridade mostram que, enquanto 61,3% dos homens não

estudaram ou cursaram até o ensino fundamental completo, entre as mulheres, a maioria (53,1%) chegou, no mínimo, a iniciar o ensino médio. Além disso, as mulheres apresentaram menor taxa de ausência de escolaridade (7,9%) em relação aos homens (9,1%).

Entre os homens, 52,0% declararam receber de 1 a 2 salários-mínimos, enquanto 14,5% recebiam mais do que 2 salários-mínimos e, dentre estes, 6,4% possuíam renda que ultrapassa a 4 salários-mínimos mensais. Em contraste, 52,0% das mulheres relataram renda igual ou inferior a 1 salário-mínimo e apenas 9,4% das entrevistadas recebiam mais do que 2 salários-mínimos. Dentre estas, 1,9% relataram renda superior a 4 salários-mínimos mensais. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Uma minoria da população relatou morar sozinha (12,8%). Entre os homens, essa frequência foi maior (17,0%), apresentando diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) em relação ao grupo feminino, onde apenas 11,3% declararam não dividir a moradia.

No que diz respeito à propriedade da residência, a maioria (75,8%) declarou morar em residência própria, enquanto 24,2% moravam em residência alugada, sem diferença significativa entre os sexos.

5.2. Hábitos de vida e características relacionadas à saúde

Os hábitos de vida e outras características relacionadas à saúde foram estratificados por sexo e estão descritos na Tabela 5.

Observou-se diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre os sexos nas variáveis Índice de Massa Corporal (IMC), deficiência, uso de bebida alcoólica, hábito de fumar, prática de automedicação, problemas de adesão a medicamentos, uso de plantas medicinais, ter tido COVID-19 e horas diárias de sono.

Sem diferença significativa entre os grupos feminino e masculino, a média do nível de satisfação dos entrevistados com os serviços de saúde municipais utilizados por eles

no último ano foi 8,81 (DP = 1,38) em uma escala de 0 a 10.

Em relação à sua autopercepção de saúde, a maioria dos entrevistados (52,3%) relatou considerar sua saúde boa ou muito boa, enquanto apenas 7,9% classificaram sua saúde como ruim ou muito ruim. No que diz respeito à internação, 13,1% dos respondentes relataram ter passado pelo menos uma noite internado em hospital durante os últimos 12 meses.

Apenas 22,6% dos entrevistados relataram possuir algum plano de saúde particular. Já em relação à vacinação contra a COVID-19, 97,5% já haviam recebido ao menos uma dose de alguma vacina para prevenir a doença.

Tabela 5 - Características e hábitos relacionados à saúde autorreferidos pela população de Alegre/ES, 2021.

(continua)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total		Valor de p ¹
Satisfação com os serviços de saúde (n, média, DP)	501	8,77 (1,37)	181	8,9 (1,40)	682	8,81 (1,38)	0,270
Autopercepção de saúde (n,%)							0,189
Muito boa / boa	254	50,2	109	58,0	363	52,3	
Regular	210	41,5	66	35,1	276	39,8	
Ruim / muito ruim	42	8,3	13	6,9	55	7,9	
Total	506	100	188	100	694	100	
IMC (n, %)							<0,001*
Abaixo do peso (<18,5)	18	3,9	5	2,7	23	3,6	
Peso saudável (18,5 a 24,9)	124	26,8	76	41,6	200	31,0	
Excesso de peso (25 a 29,9)	177	38,3	67	36,6	244	37,8	
Obesidade (≥ 30)	143	31,0	35	19,1	178	27,6	
Total	462	100	183	100	645	100	
Portador de deficiência² (n,%)							0,027*
Sim	48	9,5	29	15,4	77	11,1	
Não	457	90,5	159	84,6	616	88,9	
Total	505	100	188	100	693	100	
Internou no último ano (n, %)							0,402
Sim	63	12,5	28	14,9	91	13,1	
Não	442	87,5	160	85,1	602	86,9	
Total	505	100	188	100	693	100	

Tabela 5 - Características e hábitos relacionados à saúde autorreferidos pela população de Alegre/ES, 2021.

(continuação)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total		Valor de p ¹
Atividade física regular³ (n, %)							0,060
Sim	168	33,3	77	41,0	245	35,4	
Não	337	66,7	111	59,0	448	64,6	
Total	505	100	188	100	693	100	
Uso de bebida alcoólica⁴ (n, %)							0,001*
Sim	109	21,6	67	35,6	176	25,4	
Não	395	78,4	121	64,4	516	74,6	
Total	504	100	188	100	692	100	
Fumante (n, %)							0,034*
Sim	60	11,9	34	18,1	94	13,6	
Não	445	88,1	154	81,9	599	86,4	
Total	505	100	188	100	693	100	
Plano de saúde (n, %)							0,614
Sim	112	22,1	45	23,9	157	22,6	
Não	394	77,9	143	76,1	537	77,4	
Total	506	100	188	100	694	100	
Automedicação (n, %)							0,004*
Sim	349	72,6	105	60,7	454	69,4	
Não	132	27,4	68	39,3	200	30,6	
Total	481	100	173	100	654	100	
Polifarmácia (n, %)							0,087
Sim (≥ 5 medicamentos)	110	21,8	30	16,0	140	20,2	
Não	394	78,2	158	84,0	552	79,8	
Total	504	100	188	100	692	100	
Problemas de adesão a medicamentos (n, %)							0,004*
Sim	134	28,8	30	17,6	164	25,8	
Não	331	71,2	140	82,4	471	74,2	
Total	465	100	170	100	635	100	
Uso de plantas medicinais (n, %)							<0,001*
Sim	219	44,2	52	28,3	271	39,9	
Não	277	55,8	132	71,7	409	60,1	
Total	496	100	184	100	680	100	

Tabela 5 - Características e hábitos relacionados à saúde autorreferidos pela população de Alegre/ES, 2021.

(conclusão)

Variáveis	Sexo feminino		Sexo masculino		Total		Valor de p ¹
Teve COVID-19? (n, %)							0,050*
Sim	103	20,6	26	14,0	129	18,8	
Não	398	79,4	160	86,0	558	81,2	
Total	501	100	186	100	687	100	
Vacinou-se contra a COVID-19? (n, %)							0,434
Sim	495	97,8	181	96,8	676	97,5	
Não	11	2,2	6	3,2	17	2,5	
Total	506	100	187	100	693	100	
Horas de sono (n, %)							0,030*
< 6 horas	121	24,0	41	21,9	162	23,4	
De 6 a 7 horas	148	29,4	41	21,9	189	27,4	
De 7 a 8 horas	164	32,5	63	33,7	227	32,9	
> 8 horas	71	14,1	42	22,5	113	16,3	
Total	504	100	187	100	691	100	

Notas:

*Diferença estatisticamente significativa entre os grupos feminino e masculino (valor de $p \leq 0,05$).

1 - Testes estatísticos utilizados: Satisfação com os serviços de saúde (contínua): Teste T student; Demais variáveis (categóricas): Teste χ^2 .

2 - Dentre os indivíduos portadores de alguma deficiência, 50,6% (n = 39), classificaram sua deficiência como visual, seguidos de 22 (28,6%) com deficiência física, 9 indivíduos (11,7%) deficiência auditiva, 4 (5,2%) deficiência cognitiva e 3 (3,9%) outro tipo de deficiência.

3 - Dos indivíduos que declararam realizar atividade física regular, 239 informaram a frequência, a saber: 11 (4,6%) 1 vez semanal, 42 (17,6%) 2 vezes por semana, 48 (20,1%) 3 vezes por semana, 138 (57,7%) de 4 a 7 vezes na semana.

4 - Dentre os que relataram fazer uso de bebida alcoólica, 21 (12%) relataram fazê-lo diariamente, 82 (46,6%) semanalmente e 73 mensalmente (41,4%).

Quanto ao IMC, o cálculo foi realizado para 645 respondentes, uma vez que os demais não souberam ou não quiseram informar seu peso e/ou altura, o que impossibilitou a geração da variável nestes casos. Os resultados mostram diferenças significativas entre os sexos, com destaque para a categoria ≥ 30 , que indica obesidade. Esta categoria foi identificada em 31% das mulheres, enquanto nos homens esse valor ficou em 19,1%. Por outro lado, somente 26,8% das mulheres se enquadravam na categoria “peso saudável”, enquanto uma frequência consideravelmente maior foi observada no grupo masculino (41,6%).

Ser portador de deficiência foi um relato de 15,4% dos homens e 9,5% das mulheres. De forma geral, 11,1% dos respondentes relataram possuir alguma deficiência.

A prática de atividade física foi relatada por 35,4% dos respondentes, sendo mais frequente entre os homens (41,0%) do que entre as mulheres (33,3%), porém esta diferença não foi estatisticamente significativa. Por outro lado, os hábitos de fumar e de ingerir bebida alcoólica foram significativamente mais prevalentes no grupo masculino.

Em relação ao uso de medicamentos, 140 indivíduos (20,2% dos respondentes nessa variável) relataram o uso de 5 ou mais medicamentos e foram classificados com em polifarmácia. A prática de automedicação foi relatada por 69,4% dos respondentes, e foi observado que 25,8% dos indivíduos analisados apresentaram problemas de adesão à terapia medicamentosa. Destaca-se que as três condições referidas acima foram mais frequentes no grupo feminino, com taxas de 21,8%, 72,6% e 28,8%, respectivamente.

Além disso, o uso de plantas com fins terapêuticos foi identificado em 39,9% dos indivíduos que responderam a esta variável. Sendo entre as mulheres este hábito significativamente mais frequente (44,2%) do que nos homens (28,3%).

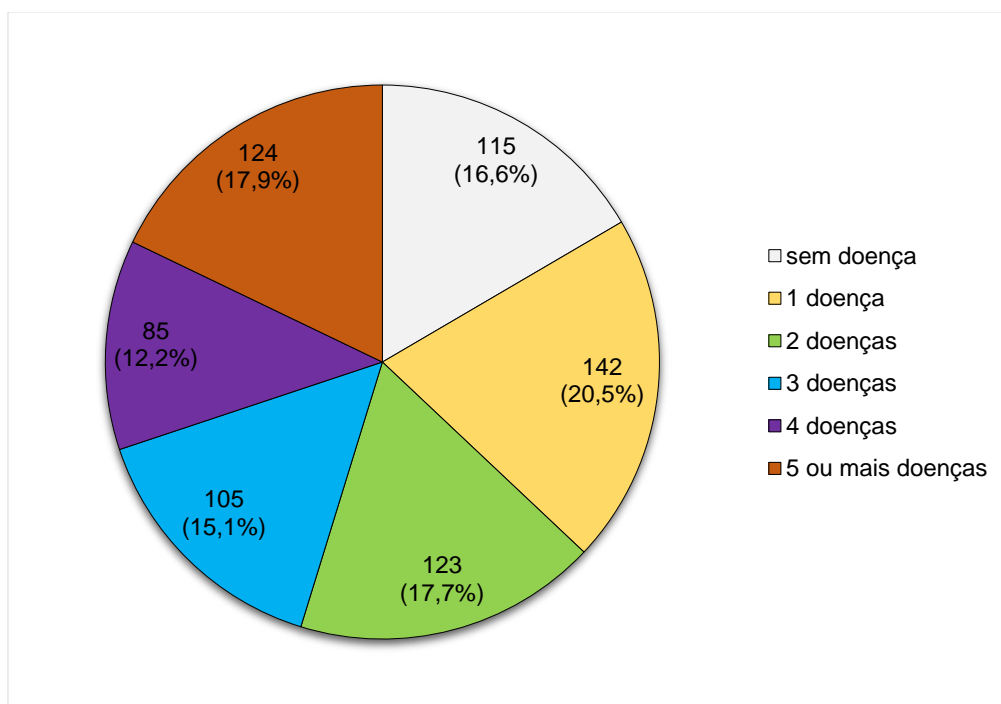
Somente 18,8% do total dos entrevistados relataram ter tido COVID-19, sendo novamente o grupo feminino portador de frequência superior, 20,6%, a despeito de apenas 14,0% dos homens.

Por fim, quanto às horas de sono diárias relatadas, destaca-se que somente 16,3% do total de respondentes desta categoria relataram dormir mais do que 8 horas diárias e que 23,4% disseram dormir menos do que 6 horas. Entre os grupos, observou-se que, de modo geral, as mulheres relataram dormir menos tempo do que os homens, uma vez que 53,4% das mulheres relataram dormir até 7 horas por dia, enquanto a maior parte dos homens (56,2%) relatou dormir mais do que 7 horas.

5.3. Doenças autorreferidas pela população

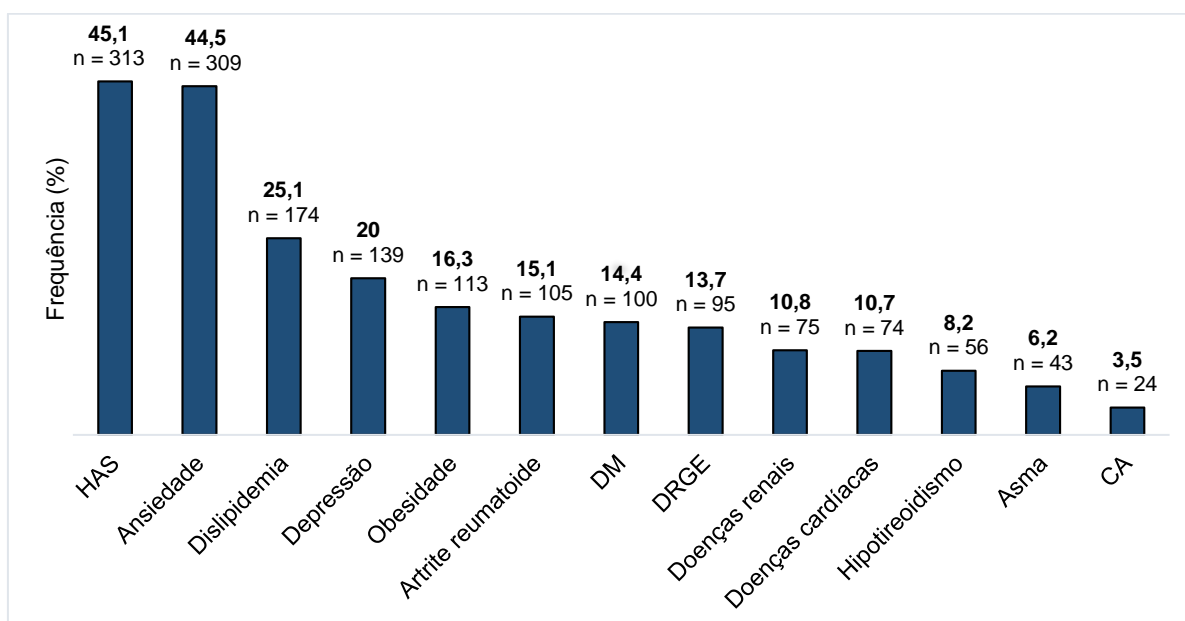
Dos 694 entrevistados, apenas 115 (16,6%) relataram não ter nenhuma doença, conforme ilustrado no Gráfico 1. Por outro lado, 20,5% afirmaram conviver com uma doença, 17,7% com duas doenças, 15,1% com três doenças, 12,2% com quatro doenças e 17,9% com cinco doenças ou mais.

Gráfico 1 – Número de doenças autorreferidas pela população de Alegre/ES, 2021.



Das 13 doenças questionadas, a hipertensão foi a mais prevalente, sendo relatada por 45,1% dos entrevistados (Gráfico 2), seguida pela ansiedade, mencionada por 44,5% das pessoas. Dislipidemia e depressão foram relatadas por 25,1% e 20,0% dos indivíduos, respectivamente. As demais condições apresentaram frequências inferiores a 17,0%, sendo que câncer/tumor/neoplasia foi a menos relatada, correspondendo a apenas 3,5% dos casos.

Gráfico 2 - Prevalência de doenças autorreferidas pela população de Alegre/ES, 2021.



Notas:

- 1 - Siglas: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes mellitus; CA – câncer.
- 2 - Número total de indivíduos = 694.
- 3 - Alguns indivíduos relataram ser portadores de mais do que uma doença.

5.4. Análise do EQ-5D-3L

A análise do sistema descritivo do EQ-5D-3L mostrou que 43,23% dos entrevistados (n = 694) relataram não ter problemas em nenhuma das dimensões, ou seja, apresentaram o estado de saúde perfeita. Ao todo, foram identificados 62 estados de saúde diferentes, inclusive o pior deles (33333). A Tabela 6 apresenta os 10 estados de saúde mais frequentes, enquanto os demais apresentaram-se em proporções menores.

Das cinco dimensões abordadas pelo EQ-5D, dor/mal estar concentrou a maior frequência de problemas (40,2%), seguida por ansiedade/depressão (31,99%). A maioria dos entrevistados relatou não ter problemas em nenhuma das dimensões avaliadas. Cuidados pessoais foi a dimensão com menor frequência de problemas relatados (5,19%). Em relação aos problemas graves, eles foram identificados em todas as dimensões, variando de 0,87% na dimensão mobilidade a 6,77% na

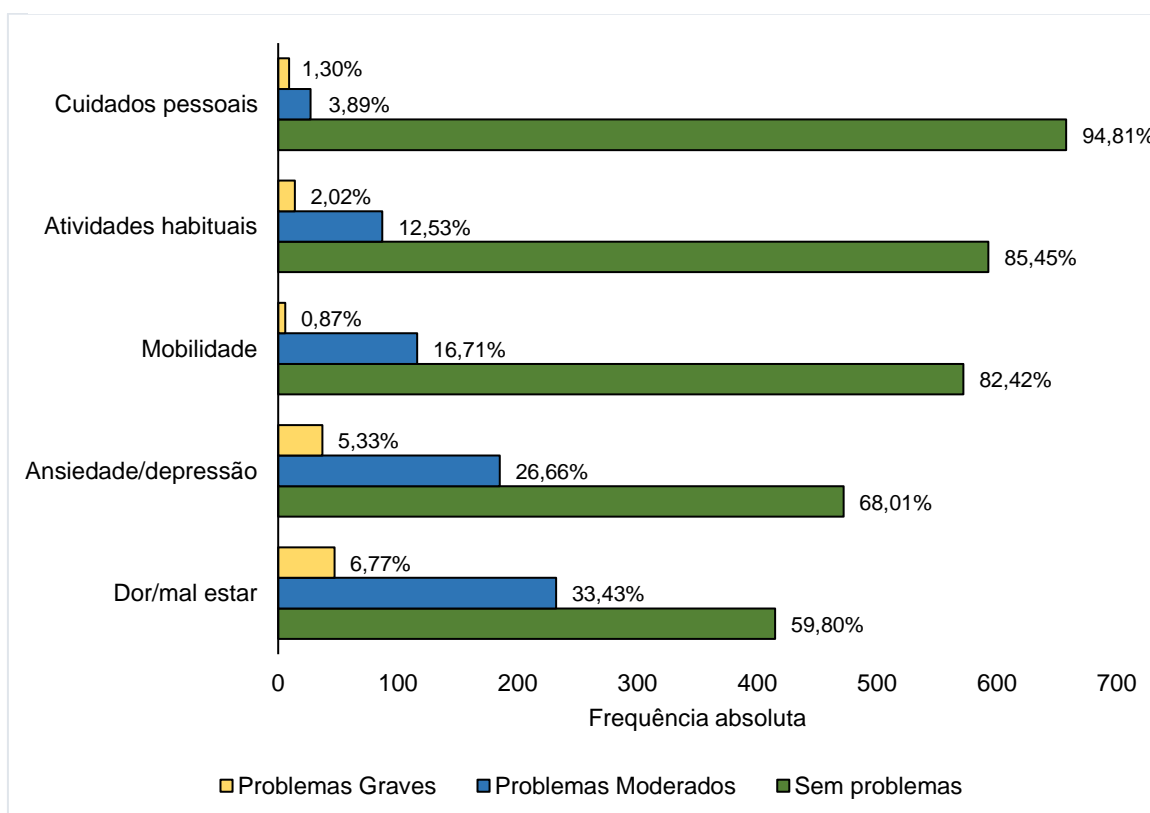
dimensão dor/mal estar (Gráfico 3).

Tabela 6 - Estados de saúde do EQ-5D mais frequentes na população de Alegre/ES, 2021.

Estado de saúde		Total (n, %)		Valor de utilidade*
1º	11111	300	43,23	1
2º	11121	82	11,82	0,787
3º	11112	64	9,22	0,801
4º	11122	56	8,07	0,737
5º	21121	15	2,16	0,667
6º	11123	15	2,16	0,692
7º	21111	13	1,87	0,731
8º	21221	10	1,44	0,570
9º	21122	9	1,30	0,617
10º	21211	8	1,15	0,634

Nota: *Conforme dados de Santos et al. (2016).

Gráfico 3 - Distribuição de frequência dos níveis de resposta por dimensão avaliada pelo EQ-5D-3L na população de Alegre/ES, 2021.

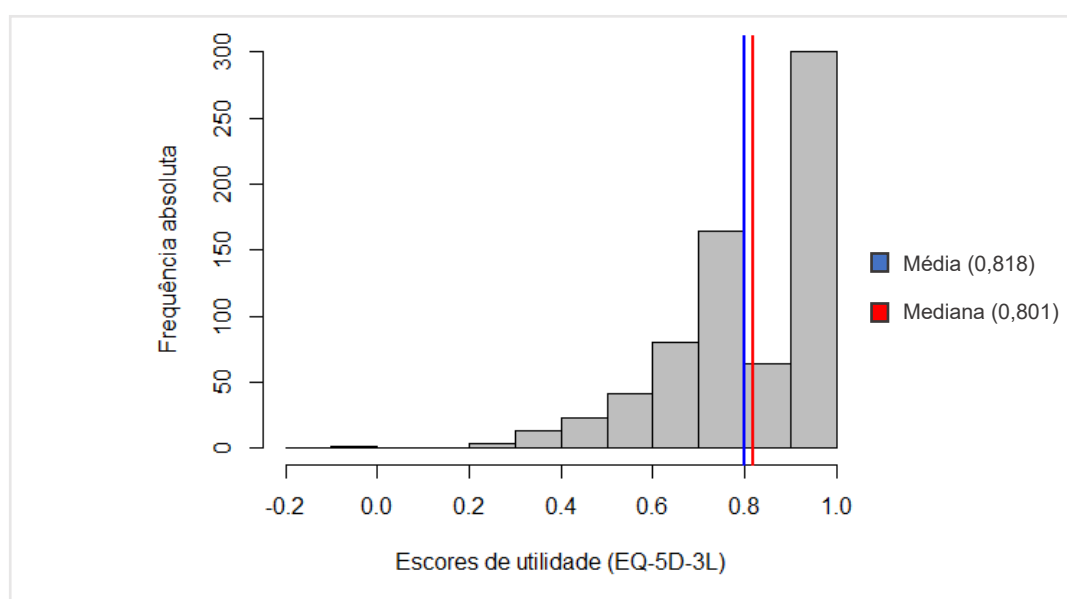


Nota: Número total de indivíduos: 694.

Após a atribuição dos escores de utilidade para os estados de saúde encontrados,

obteve-se a média dos valores da QVRS de 0,818 (DP = 0,195) e mediana de 0,801 (IIQ = 0,269). A distribuição gráfica das frequências dos valores observados (Gráfico 4) demonstra uma distribuição não normal, mas sim assimétrica, com importante concentração dos resultados à direita, sobretudo na pontuação 1,0. A não normalidade dos dados foi confirmada pelo teste de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$).

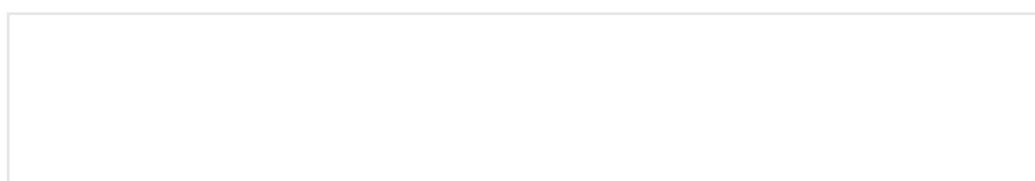
Gráfico 4 - Distribuição dos escores de utilidade obtidos na população de Alegre/ES, 2021.



Quanto à medida direta da QVRS, foram obtidos 691 registros na EQ-VAS. A distribuição de frequência dos valores obtidos pode ser verificada no gráfico 5. A média dos valores foi de 77,8 (DP = 18,9) e a mediana 80 (IIQ = 70-90).

Ao realizar o teste de correlação entre os valores obtidos pelo sistema descritivo e pela EVA do instrumento EQ-5D-3L, constatou-se uma correlação positiva moderada por meio do teste de correlação de Spearman (ρ de Spearman = 0,3683; valor de $p = < 0,001$) (Gráfico 6).

Gráfico 5 - Distribuição dos valores obtidos pela EQ EVA na população de Alegre/ES, 2021.



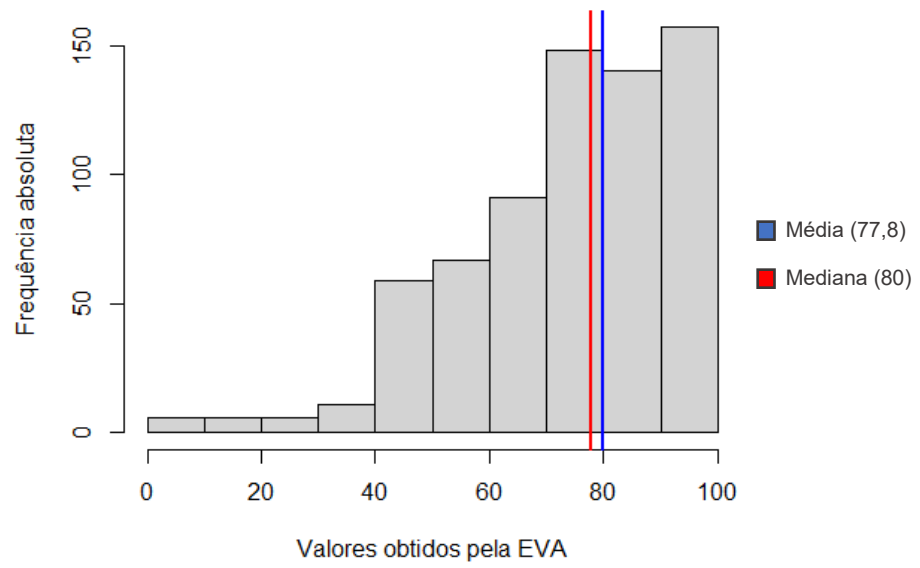
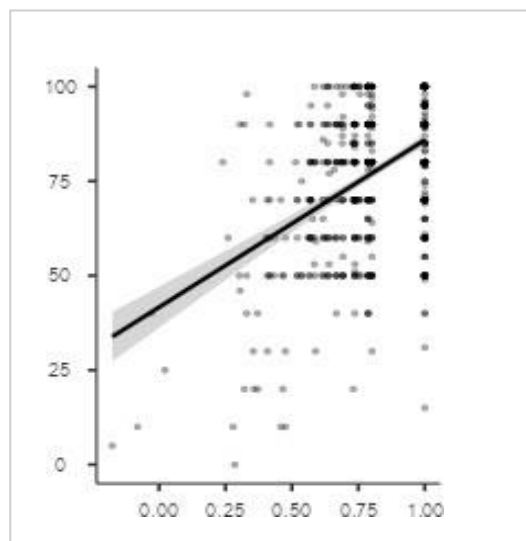


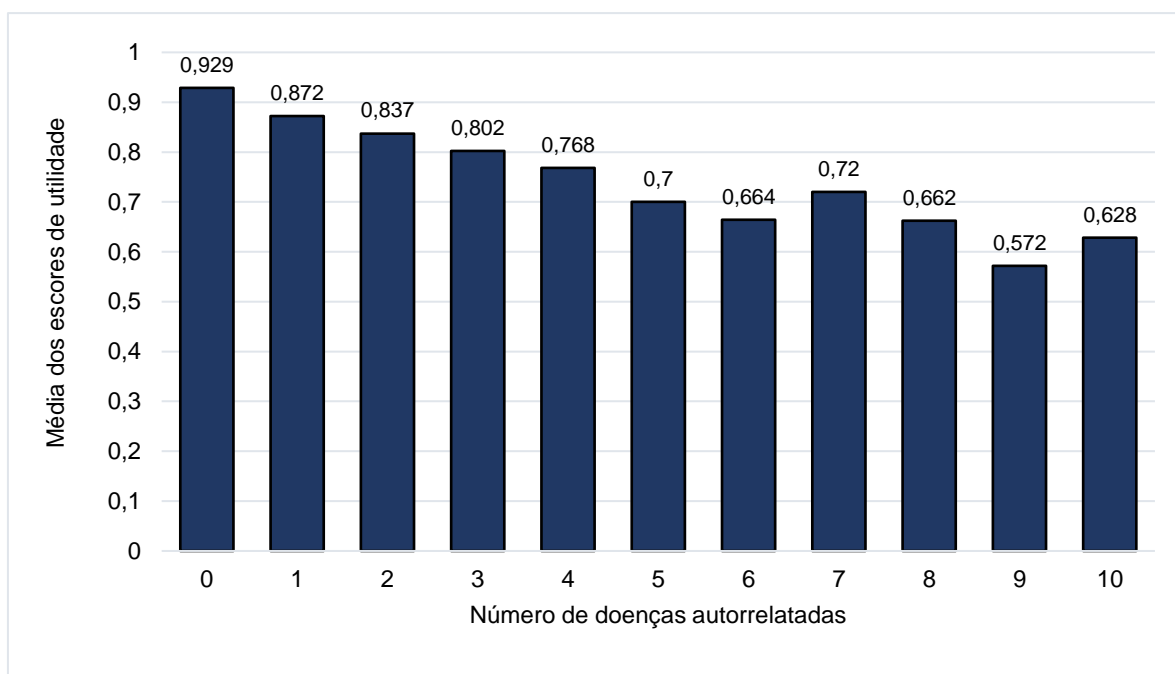
Gráfico 6 - Correlação entre os valores obtidos pela EQ EVA e pelo sistema descritivo do EQ-5D-3L na população de Alegre/ES, 2021.



5.5 Impacto das doenças e uso de medicamentos nos valores da QVRS

A análise do impacto do autorrelato de doenças pelos indivíduos e do número de medicamentos em uso na QVRS está apresentada nos gráficos 7 e 8, respectivamente.

Gráfico 7 – Relação entre o número de doenças autorreferidas e a média da QVRS na população de Alegre/ES, 2021.



Notas:

Teste Kruskal-Walis $p \leq 0,001$.

Valores dos desvios-padrão em cada grupo: sem doença: 0,124; uma doença: 0,161; duas doenças: 0,18; três doenças: 0,180; quatro doenças: 0,189; cinco doenças: 0,264; seis doenças: 0,185; sete doenças: 0,204; oito doenças: 0,177; nove doenças: 0,176; dez doenças: 0,182.

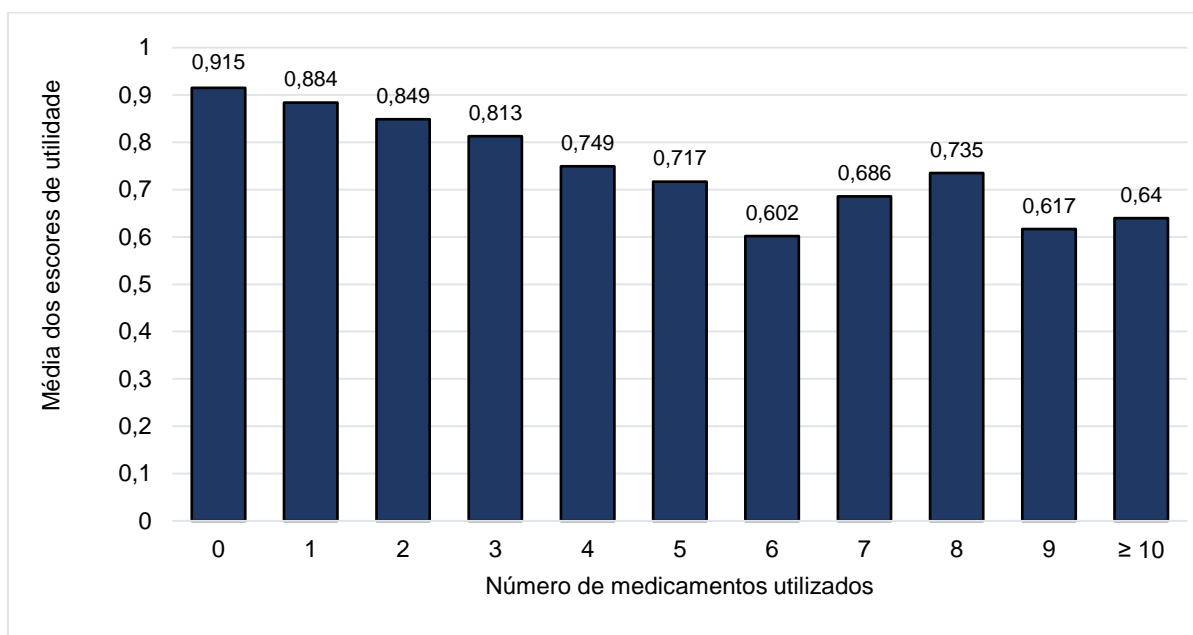
Em ambos os casos, observa-se uma tendência de queda no valor médio da QVRS à medida que o número de doenças ou medicamentos em uso aumenta, atingindo até seis. No entanto, a partir de sete doenças ou medicamentos, não é mais observado um padrão linear em relação aos valores de QVRS.

Comparando os resultados, pode-se observar uma diferença significativa na QVRS

entre os grupos. Enquanto os indivíduos que relataram não ter doença apresentaram média de QVRS de 0,929, indivíduos que relataram 6 doenças tiveram a média da QVRS em 0,664 ($\Delta = -0,265$).

De forma semelhante, indivíduos que relataram não fazer uso de medicamentos apresentaram uma média de QVRS de 0,915. Por outro lado, aqueles que estavam usando seis medicamentos apresentaram uma média de QVRS de 0,602, evidenciando uma redução expressiva na QVRS ($\Delta = -0,313$).

Gráfico 8 – Relação entre o número de medicamentos utilizados e a média da QVRS na população de Alegre/ES, 2021.



Notas:

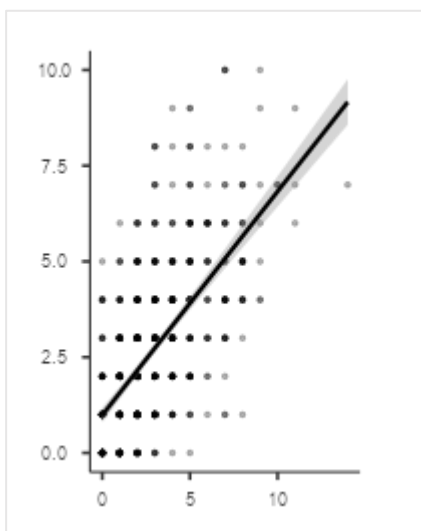
Teste Kruskal-Walis: $p \leq 0,001$.

Valores dos desvios-padrão em cada grupo: sem medicamento: 0,146; um medicamento: 0,143; dois medicamentos: 0,164; três medicamentos: 0,161; quatro medicamentos: 0,243; cinco medicamentos: 0,217; seis medicamentos: 0,248; sete medicamentos: 0,215; oito medicamentos: 0,180; nove medicamentos: 0,194; dez ou mais medicamentos: 0,152.

A similaridade dos gráficos sugere uma possível correlação entre as variáveis “número de doenças” e “número de medicamentos em uso”, a qual foi confirmada pelo teste de correlação de Spearman, que demonstrou uma correlação positiva moderadamente forte entre elas (ρ de Spearman = 0,643; valor de $p < 0,001$) (Gráfico

9).

Gráfico 9 - Correlação entre o número de doenças e de medicamentos em uso autorrelatados pela população de Alegre/ES, 2021.



A análise do impacto da presença ou ausência de cada uma das 13 doenças avaliadas no valor da QVRS está representada na Tabela 7. As médias dos valores de QVRS com e sem cada uma das enfermidades consideradas foram comparadas pelo teste T de Student, por meio do qual verificou-se haver diferenças significativas entre os indivíduos portadores e não portadores das seguintes condições: hipertensão arterial sistêmica, ansiedade, dislipidemia, depressão, obesidade, artrite reumatoide, diabetes mellitus, doenças do refluxo gastroesofágico, doenças renais e doenças cardíacas.

Embora não exista diferença significativamente estatística entre todos os grupos, ser portador de qualquer uma das doenças analisadas resultou em um valor médio de QVRS menor em relação aos que declararam não ter a doença. Entre as maiores diferenças observadas, destaca-se a doença artrite reumatoide, com uma variação de -0,154 na média entre os grupos sem e com a doença e valor de $p < 0,001$ no teste estatístico.

Tabela 7 – Impacto das doenças autorreferidas pela população na média da QVRS em Alegre/ES, 2021.

Doenças	Escore de utilidade (média, DP)		Δ	Valor de p ¹
	Sem a doença	Com a doença		
Artrite reumatoide	0,841 (0,174)	0,687 (0,248)	-0,154	<0,001*
Doenças cardíacas	0,830 (0,186)	0,716 (0,233)	-0,114	<0,001*
Diabetes mellitus	0,833 (0,190)	0,730 (0,200)	-0,103	<0,001*
Ansiedade	0,862 (0,188)	0,763 (0,189)	-0,099	<0,001*
Depressão	0,836 (0,190)	0,747 (0,198)	-0,089	<0,001*
Dislipidemia	0,840 (0,183)	0,751 (0,212)	-0,089	<0,001*
Hipertensão arterial	0,853 (0,171)	0,775 (0,213)	-0,078	<0,001*
Obesidade	0,831 (0,194)	0,753 (0,188)	-0,078	<0,001*
Doenças renais	0,824 (0,193)	0,765 (0,202)	-0,059	0,012*
Asma	0,821 (0,194)	0,772 (0,198)	-0,049	0,109
Câncer/tumor/neoplasia	0,819 (0,193)	0,779 (0,238)	-0,040	0,322
Refluxo gastroesofágico	0,824 (0,193)	0,787 (0,200)	-0,037	0,038*
Hipotireoidismo	0,821 (0,196)	0,787 (0,179)	-0,034	0,212

Nota: *Apresentaram diferença estatisticamente significativa (valor de p <0,05, Teste T student).

5.5. Fatores associados à QVRS

A Tabela 8 descreve as associações encontradas entre as variáveis explicativas e a QVRS por meio da Regressão Tobit bivariada.

Os fatores identificados como associados à QVRS no modelo bivariado foram: sexo, idade, IMC, renda, escolaridade, autopercepção de saúde, deficiência, polifarmácia, consumo de álcool, atividade física, fumar, ter sido internado alguma vez durante os últimos 12 meses, dormir pelo menos sete horas diárias, asma, ansiedade, artrite reumatoide, depressão, diabetes mellitus, dislipidemia, doenças cardíacas, refluxo gastroesofágico, doenças renais, hipertensão, obesidade, hipotireoidismo, automedicação, problemas de adesão a medicamentos e uso de plantas medicinais.

O valores dos coeficientes β obtidos nesta análise indicam as variáveis que apresentaram impacto positivo significativo no valor da QVRS: maiores níveis de

renda e escolaridade; prática de atividade física e dormir ao menos sete horas diárias. Hábitos conhecidos por serem prejudiciais à saúde, como consumo de álcool e automedicação, também tiveram uma associação positiva nesta etapa preliminar da análise associativa.

Para as demais variáveis, que apresentaram coeficiente β negativo, a presença da condição ou o aumento do nível indica um impacto negativo na QVRS da população. Para a variável autopercepção de saúde, quanto pior o nível percebido de saúde, pior a QVRS.

Tabela 8 – Fatores associados à QVRS na população de Alegre/ES (2021): Regressão Tobit bivariada.

(continua)

Variáveis	Coeficiente β_1	Intervalo de confiança (95%)		Valor de p
		Inferior	Superior	
Sexo feminino	-0,1050487	-0,1622432	-0,04785419	<0,001*
Idade	-0,002482595	-0,003783384	-0,001181807	<0,001*
IMC	-0,003965858	-0,008438752	0,0005070351	0,0822*
Renda	0,03746647	-0,00125126	0,0761842	0,0579*
Escolaridade	0,08380226	0,04675272	0,1208518	<0,001*
Autopercepção de saúde	-0,1831757	-0,2188548	-0,1474966	<0,001*
Deficiência	-0,1932806	-0,2677634	-0,1187977	<0,001*
Polifarmácia	-0,2369832	-0,2938185	-0,1801479	<0,001*
Consumo de álcool	0,04655353	-0,01088269	0,1039898	0,112*
Atividade física	0,06007459	0,00781935	0,1123298	0,0242*
Consumo de tabaco	-0,05769083	-0,1293858	0,01400411	0,115*
Internação	-0,1214735	-0,1925973	-0,05034974	<0,001*
Dormir \geq 7 horas	0,06767146	0,0176513	0,1176916	<0,01*
Asma	-0,08183146	-0,1824718	0,01880891	0,111*
Ansiedade	-0,1829474	-0,2316874	-0,1342075	<0,001*
Artrite reumatoide	-0,2219419	-0,2861236	-0,1577603	<0,001*
Depressão	-0,1485014	-0,2080715	-0,08893141	<0,001*
Diabetes mellitus	-0,1655301	-0,2328580	-0,09820212	<0,001*
Dislipidemia	-0,1478823	-0,2030220	-0,09274255	<0,001*
Doenças cardíacas	-0,1623531	-0,2391030	-0,08560313	<0,001*
Doenças renais	-0,1025067	-0,1802030	-0,02481046	<0,01*
DRGE	-0,07933519	-0,1500869	-0,008583483	0,028*
Hipertensão	-0,1233976	-0,1723920	-0,0744033	<0,001*

Tabela 8 – Fatores associados à QVRS na população de Alegre/ES (2021): Regressão Tobit bivariada.

(conclusão)

Variáveis	Coeficiente	Intervalo de confiança (95%)		Valor de p
	β_1	Inferior	Superior	
Obesidade	-0,1341495	-0,1989618	-0,06933724	<0,001*
Hipotireoidismo	-0,06703001	-0,1564710	0,02241097	0,142*
Automedicação	0,04561295	-0,008784946	0,1000108	0,1*
Problemas de adesão	-0,1479586	-0,2041293	-0,09178794	<0,001*
Uso de plantas medicinais	-0,06668021	-0,1175772	-0,01578327	0,0102*
Vacinou contra COVID-19	-0,08184332	-0,2506468	0,0869602	0,342
Contraiu COVID-19	-0,01221518	-0,07556302	0,05113265	0,705
Câncer	-0,03956096	-0,1756179	0,09649598	0,569
Satisfação com servs. de saúde	0,005826443	-0,01231266	0,02396554	0,529
Possui plano de saúde	0,02306235	-0,0369557	0,08308041	0,451
Cor branca	-0,005820697	-0,05562104	0,04397964	0,819
Casado ou em união estável	0,01782995	-0,03207765	0,06773755	0,484
Residência própria	-0,007767287	-0,06582829	0,05029372	0,793
Possui religião	-0,05244167	-0,1484564	0,0435731	0,284
Mora sozinho	-0,007267395	-0,08139449	0,0668597	0,848
Mora na sede do município	0,0158673	-0,03817811	0,06991272	0,565

Notas: *apresentou significância estatística ($p \leq 0,20$). Siglas: IMC: Índice de Massa Corporal, DRGE: Doença do refluxo gastroesofágico.

No modelo final, análise multivariada (Tabela 9), os fatores que permaneceram com associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) foram: autopercepção de saúde, deficiência, polifarmácia, internação no último ano, ansiedade, artrite reumatoide, obesidade e problemas na adesão a terapia medicamentosa.

Todas as variáveis que permaneceram no modelo múltiplo apresentaram coeficiente β negativo, o que indica que piores níveis de autopercepção de saúde, presença de deficiência, uso de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia), ocorrência de internação nos últimos 12 meses, autorrelato de diagnóstico de ansiedade, artrite reumatoide e obesidade, além de problemas na adesão à terapia medicamentosa têm impacto negativo nos níveis de QVRS da população estudada.

Tabela 9 – Fatores associados à QVRS na população de Alegre/ES (2021): Regressão Tobit multivariada.

Variáveis	Coeficiente β_1	Intervalo de confiança (95%)		Valor de p
		Inferior	Superior	
Autopercepção de saúde	-0,10082429	-0,1360971	-0,06555148	<0,001
Deficiência	-0,13924972	-0,2036968	-0,07480264	<0,001
Polifarmácia	-0,08894738	-0,1424505	-0,03544424	0,001120
Internação	-0,06984448	-0,1332315	-0,00645742	0,030798
Ansiedade	-0,08404905	-0,1287806	-0,03931751	0,000231
Artrite reumatoide	-0,14828287	-0,2048208	-0,09174490	<0,001
Obesidade	-0,07076007	-0,1265343	-0,01498579	0,012896
Problemas de adesão	-0,09188222	-0,1395947	-0,04416972	<0,001

6. DISCUSSÃO

Para seguir a sequência lógica da apresentação dos resultados, a discussão foi organizada em subitens, com vistas a proporcionar uma estrutura harmonizada com as demais seções do trabalho.

6.1. Características sociodemográficas, de saúde e hábitos de vida da população

Neste subitem serão comentados os principais achados da população do estudo no que se refere aos dados sociodemográficos, características e hábitos de vida relacionados à saúde.

Primeiramente, destaca-se que, na caracterização da amostra, observou-se uma expressiva proporção de pessoas do sexo feminino (72,9%). Porém, de acordo com dados do CENSO (2010), a proporção entre homens e mulheres em Alegre/ES é muito próxima (sexo feminino corresponde a 50,32% da população). Portanto, a proporção de mulheres no estudo foi acima da representativa da população do município.

Dentre os fatores que podem ter influenciado esse fenômeno, discute-se o fato da menor participação das mulheres no mercado de trabalho. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2021), em 2020, a taxa de ocupação feminina era menor em 19 pontos percentuais em relação à masculina e, durante a pandemia, observou-se uma queda importante nas taxas de ocupação da população em geral, sobressaindo-se o fato de que menos de 40% das mulheres encontravam-se ocupadas nos primeiros meses da crise pandêmica (IPEA, 2021). Diante deste cenário, entende-se como esperado uma maior presença de mulheres em domicílio durante o horário tipicamente laboral, no qual foi realizada a coleta de dados do presente estudo.

Uma maior participação de mulheres também foi observada em outros estudos transversais que aferiram a QVRS da população, com proporções que variaram de

59,3% em Brasília (ZIMERMANN et al., 2017), 59,6% em uma pequena cidade da China (PING et al., 2020) e 76,1% na PNAUM (Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil), realizada com usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS (ASCEF et al., 2017).

Diante disso, faz-se importante interpretar as diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito à saúde e como diferentes proporções entre os sexos podem influenciar os resultados. Brito e Camargo (2011), ao compararem as representações sociais, crenças e comportamentos em saúde entre os sexos, encontraram que as mulheres relacionam mais a saúde com cuidados preventivos, como "alimentação", "exercício", "qualidade de vida", "bem-estar" e "alegria e vida", enquanto, os homens fizeram uma associação maior com "hospital e doença", seguindo, portanto, um sentido mais curativista. Além disso, verificou-se que as mulheres adotam comportamentos mais saudáveis com maior frequência, como maior adesão às práticas preventivas e cumprimento de tratamentos prolongados de saúde (BRITO; CAMARGO, 2011).

Outros estudos corroboram com as diferenças entre os sexos em relação à adoção de hábitos não saudáveis, como a maior frequência masculina de consumo de álcool (BRITO; CAMARGO, 2011; IBGE, 2020) e tabaco (IBGE, 2020), também verificadas na população do presente estudo.

A prevalência de fumo e consumo de álcool ao menos uma vez ao mês na população de Alegre/ES foram de 13,6% e 25,4%, respectivamente. Essas taxas são ligeiramente superiores às dos usuários da APS, de 13,3% para uso do tabaco e 23,7% para consumo de álcool (ASCEF et al., 2017). Em comparação aos dados nacionais verificados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019), observa-se em Alegre taxa superior quanto ao uso de tabaco (12,8%) e inferior para uso de bebida alcoólica (30%) (IBGE, 2020).

Por outro lado, também foi observada maior frequência de prática de atividades físicas entre os homens, o que corrobora com os achados da PNS de 2019 (IBGE, 2020) e de Crochemore-Silva et al. (2020). Este autor e seus colaboradores, ao avaliarem a prática de atividade física em meio à pandemia de COVID-19 em um município de 120 mil habitantes no estado do Rio Grande do Sul, detectaram marcantes desigualdades, verificando-se uma taxa de realização de atividades físicas com 20 pontos percentuais

a mais para os homens em relação às mulheres, diferença mais acentuada do que a verificada na população de Alegre/ES pelo presente estudo. Brito e Camargo (2011), refletem que o homem se relaciona diferente com os fatores que se associam a prática de atividades físicas. Provavelmente, para os homens, esta pode ser significada a partir de uma partida de futebol com os amigos, o que não ocorre com o sexo feminino, podendo interferir nas declarações de atividade física entre os homens e mulheres (BRITO e CAMARGO, 2011).

Quanto à idade dos indivíduos, o valor médio da amostra foi de 53 anos. No estudo de Ping et al. (2020), na China, apenas 20,6% da amostra tinham mais do que 50 anos, semelhante ao encontrado por Zimmermann et al. em Brasília (2017) (21,4%). Apesar de ser difícil uma comparação direta neste caso, percebe-se que a composição da amostra nestes estudos era de pessoas mais jovens, o que pode ter influência inclusive na diferença entre os valores de QVRS obtidos, cujos escores da população urbana de Brasília e da pequena cidade chinesa foram superiores aos do presente estudo. Neste sentido, ressalta-se que Szende, Janssen e Cabasés (2014), ao analisarem o impacto dos indicadores sociodemográficos no EQ-5D, constataram que a idade foi, em geral, o determinante mais importante na explicação das desigualdades gerais na autoavaliação da saúde e que idade e gênero desempenharam um papel importante na explicação dos dados do EQ-5D entre os indivíduos.

Quanto à autopercepção de saúde, a população de Alegre apresentou níveis inferiores aos obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, onde 66,1% dos indivíduos autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, 28,1% como regular, e 5,8%, como ruim ou muito ruim (IBGE, 2020). No presente trabalho, a proporção desses níveis de avaliação foi de 52,3%, 39,8% e 7,9%, respectivamente. Esses valores foram mais próximos dos encontrados por Ascef et al. (2017) na PNAUM (57,1% boa/muito boa e 7,9% ruim/muito ruim).

Em consonância com os resultados da PNS (2019), em Alegre os homens apresentaram níveis superiores de autopercepção de saúde em relação às mulheres.

A percepção do indivíduo sobre a sua saúde não se restringe apenas às sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, às consequências sociais e psicológicas

da presença de enfermidades, englobando componentes físicos e emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e de satisfação com a própria vida (IBGE, 2020).

Neste sentido, as particularidades do período da coleta de dados devem ser consideradas. O ano de 2021 configura-se como o segundo ano da pandemia de COVID-19 no Brasil e foi marcado por uma segunda onda do novo coronavírus em razão do surgimento de novas variantes muito mais transmissíveis, como a Gama, a Delta e a Ômicron (IBGE, 2022). As medidas aplicadas para restrição do movimento e contato entre as pessoas, como esforço para reduzir o número de infecções, implicou em grandes mudanças nas rotinas diárias (WHO, 2023).

Adaptar-se às mudanças de estilo de vida, controlar o medo de contrair o vírus e a preocupação com as pessoas próximas mais vulneráveis, configurou um grande desafio, além das incertezas quanto ao futuro (WHO, 2023). Tudo isso gerou um impacto negativo na saúde mental da população (GOULART et al., 2021) e, portanto, admite-se que o contexto pandêmico possa ter influenciado na obtenção de níveis mais baixos de autopercepção de saúde no presente estudo.

Quanto à análise do uso de medicamentos, verificou-se no presente estudo, uma maior proporção de mulheres que praticavam automedicação, fato que corrobora com os resultados de uma pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 2019, por meio do Instituto Datafolha. Ainda de acordo com os dados desta pesquisa a prevalência nacional de automedicação é de 77% (CFF, 2019), superior à verificada na população de Alegre/ES (69,4%).

A detecção de problemas de adesão a medicamentos também foi superior no grupo feminino, corroborando com os resultados da PNAUM (TAVARES et al., 2016). De acordo com dados desta pesquisa, em usuários da APS do SUS, observa-se forte associação entre baixa adesão ao tratamento e autopercepção de saúde ruim ou muito ruim. De forma semelhante, maior número de comorbidades e estar em polifarmácia estiveram relacionados a piores níveis de adesão (TAVARES et al., 2016).

A não adesão ao tratamento medicamentoso trata-se de um fenômeno multidimensional e determinado socio-culturalmente. Como o uso de medicamentos constitui uma das principais estratégias para o controle em nível individual das DCNTs,

o enfrentamento deste problema precisa ser efetivo e contemplar as organizações dos serviços de saúde e as atuações dos profissionais. Ampliar e qualificar o acesso a medicamentos é muito importante, contudo, ressalta-se que não basta ofertar o medicamento se o mesmo não for utilizado corretamente. O acompanhamento terapêutico dos pacientes que tendem a não aderir ou a descontinuar seus tratamentos é primordial para a integralidade do cuidado à saúde (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

O relato de uso de plantas com fins medicinais por quase 40% da amostra de Alegre/ES, com proporção significativamente superior em mulheres, pode estar associado à prática de autocuidado e ao saber popular (PATRÍCIO et al., 2022). De acordo com a revisão narrativa de Patrício et al. (2022), o perfil de usuários de plantas medicinais são mulheres, idosas, com baixa renda e escolaridade, tanto no Brasil quanto em outros países e, apesar de sua importância e potencial de uso na APS, problematiza-se, no entanto, a insuficiência de conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos aspectos gerais do uso de plantas medicinais, que deve ser contornada, com vistas a melhorar a qualidade deste tipo de tratamento.

As proporções de pessoas declaradas como não brancas e que moram sozinhas em Alegre, 52,5% e 12,8%, respectivamente, foram ligeiramente inferiores à média nacional, na qual 56,1% declaram-se pardos ou pretos e 14,9% moram sozinhos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2022).

Outros dados que chamam à atenção na amostra são as diferenças significativas entre os sexos no que diz respeito aos rendimentos, horas de sono e IMC. Onde, em geral, as mulheres declararam receber menos dinheiro do que os homens, o que condiz com os dados do CENSO 2010 para o município (IBGE, 2010) e dormir menos horas. Além disso, foram encontradas maiores taxas de sobrepeso e obesidade no grupo feminino, o que pode sugerir a influência da menor frequência de realização de atividade física regular verificada entre as mulheres.

Destaca-se ainda o baixo nível de escolaridade da amostra, onde a maioria não estudou sequer o ensino médio, e de renda, onde 89,3% relataram renda mensal de até 2 salários-mínimos, a qual ainda é ligeiramente superior aos dados do CENSO 2010 para o município, segundo o qual 84% dos indivíduos acima de 10 anos possuíam rendimento nominal mensal de até 2 salários-mínimos em Alegre/ES (IBGE,

2010). Essa diferença na renda encontrada entre a presente pesquisa e os dados do CENSO 2010 pode ser ainda maior, uma vez que o presente estudo abrangeu pessoas com pelo menos 18 anos, logo, economicamente mais ativas. Esse menor rendimento da população pode estar associado com o momento de recessão econômica vivenciado durante a pandemia de COVID-19 e com o aumento da taxa de pobreza no país em 2021 (NERI, 2022).

6.2. Análise do EQ-5D-3L

Os resultados demonstram um valor médio da QVRS de 0,818, obtido pelo sistema descritivo do EQ-5D-3L, em uma escala onde 1 indica o melhor estado de saúde possível. Já na Escala Visual Analógica (EVA), o valor obtido foi de 77,8 (DP = 18,9), onde 0 indica o pior e 100 o melhor estado de saúde possível. Em comparação a outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para coleta de dados e os mesmos valores de utilidade, observa-se que o valor obtido na população de Alegre/ES foi superior ao encontrado para a média dos usuários adultos da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, de 0,793 em 2014 (ASCEF et al., 2017) e inferior ao encontrado por Zimmermann e colaboradores (2017) em um estudo feito por inquérito domiciliar com uma amostra representativa da população urbana de Brasília em 2012 (0,883).

Em estudos internacionais também se encontram valores superiores e inferiores. Por um lado, os achados de Severino, Espinoza e Cabieses (2022) no Chile, que analisaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2016-2017) com uma amostra domiciliar nacionalmente representativa, estratificada e constituída por pessoas acima de 15 anos, mostram uma utilidade média para a população de estudo de 0,786. Por outro lado, Ping et al. (2020), ao avaliarem a QVRS em uma pequena cidade da China, com população de 3.468 habitantes, no início da epidemia de COVID-19, por meio de pesquisa *on-line* com recrutamento dos participantes via mídia social, obtiveram um valor médio de 0,949 (DP = 0,102) nos escores de utilidade e escore de 85,52 (DP = 19,373) na EVA. Já um estudo conduzido na Rússia por Khabibullina et al. (2022), com dados de 2017 em uma amostra representativa da população russa, revelou um valor superior no índice EQ-5D (0,84) e inferior na EVA (70,5) em relação aos resultados da população de Alegre/ES.

As diferenças entre valores internacionais são esperadas, não apenas devido à variação na QV das pessoas, mas também devido às diferenças em como as pessoas referem-se ao seu estado de saúde em países distintos, por diferenças culturais (PING et al., 2020). Além disso, é importante destacar que as diferenças nos algoritmos usados para estimar os valores das normas populacionais em cada país dificultam ainda mais a comparação direta desses resultados (SANTOS et al., 2021).

Quanto ao uso da EVA, EQ-VAS, apesar de alguns estudos optarem por não a utilizar, foi levada em consideração a recomendação do grupo EuroQol, responsável pelo desenvolvimento do EQ-5D, de que tanto a parte descritiva quanto a escala visual sejam utilizadas nas avaliações. A EVA complementa os resultados, pois ocupa-se do julgamento subjetivo de fenômenos que são medidos objetivamente pelo EQ-5D. Porém, o fato de apresentar-se como complementar, não faz de seus dados menos significativos ou úteis e podem, inclusive, serem os mais apropriados em avaliações onde a visão do paciente sobre sua saúde é o objetivo da medição (FENG; PARKIN; DEVLIN, 2013).

No presente estudo, constatou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre os resultados da EVA e do sistema descritivo do EQ-5D-3L, conforme o esperado, porém com força moderada. As diferenças observadas nestes casos referem-se ao fato de que a EVA mede uma construção subjacente mais ampla da saúde, fornecendo um meio de resumir a saúde de forma geral e que está mais próximo da perspectiva do paciente. Nesse sentido, quaisquer aspectos da QVRS que sejam importantes para os entrevistados, não apenas aqueles contidos nas cinco dimensões do EQ-5D, influenciarão a maneira como estes irão descrever seu estado de saúde na EQ-VAS. Sabendo-se, inclusive, ser comum alguns entrevistados se descreverem como não tendo problemas em nenhuma das dimensões do EQ-5D e, no entanto, fornecerem uma classificação de sua saúde na EVA inferior a 100 (FRENG; PARKIN; DEVLIN, 2013). Esta situação foi observada na presente pesquisa, onde 300 entrevistados apresentaram o estado de “saúde perfeita” no sistema descritivo, e, no entanto, apenas 150 sinalizaram o melhor estado de saúde na EQ-VAS. De forma semelhante, no estudo de Menezes et al. (2015) realizado em Minas Gerais, também pode ser observado uma diferença de 17,3 pontos percentuais entre as taxas de indivíduos que relataram o estado de saúde perfeita no sistema descritivo EQ-5D e os que relataram o escore máximo na EVA do instrumento.

Além disso, há que se considerar que as ponderações do índice refletem preferências declaradas extraídas de membros do público em geral solicitados a imaginar esses estados de saúde, em vez das opiniões e valores das pessoas que realmente os vivenciam (FENG; PARKIN; DEVLIN, 2013).

Valores discretamente inferiores obtidos na EVA em relação à pontuação média de índice do EQ-5D também foram verificados nos estudos de Ping et al. (2020), na China, e Khabibullina et al. (2022) na Rússia.

Quanto aos estados de saúde encontrados, observou-se uma coincidência de 70% entre os dez estados de saúde mais encontrados neste estudo e os dez estados de saúde mais frequentemente observados no estudo de Andrade et al. (2013), conduzido na população de Minas Gerais, sendo eles: 11111, 11121, 11112, 11122, 21121, 11123, 21122.

Ainda em relação aos estados de saúde encontrados pelo sistema descritivo do EQ-5D-3L, ressalta-se a alta frequência do estado de “saúde perfeita” ($n = 300$, 43,23%), ou seja, entrevistados que não relataram problemas em quaisquer das dimensões avaliadas. Essa frequência foi superior a encontrada na PNAUM, em usuários da APS do SUS, que foi de 36% (ASCEF et al., 2017), porém, mais baixa do que a encontrada por Zimmermann et al. (2017) em Brasília, que foi de 51%. Por outro lado, esse achado foi muito próximo aos resultados do estudo de Menezes et al. (2015) conduzido em Minas Gerais, onde 44,3% da amostra relatou o estado de saúde perfeita. Uma possível justificativa para essa divergência é que a PNAUM entrevistou usuários em fila de espera para atendimento médico (ASCEF et al., 2017), enquanto os demais estudos foram feitos por inquérito domiciliar.

Essa concentração de valores no melhor estado de saúde do sistema descritivo EQ-5D sugere a influência do chamado “efeito teto”, fenômeno em que um número substancial dos entrevistados obtém a pontuação perfeita, mas não porque uma grande proporção da população é perfeitamente saudável, mas sim como um reflexo da incapacidade do instrumento utilizado na avaliação de discriminar entre níveis elevados de estados de saúde (AUSTIN et al., 2000).

Conforme relatado por vários estudos, o “efeito teto” pode ser verificado com o uso do EQ-5D-3L na população em geral e em diferentes grupos de pacientes, sendo

expressivamente observado quando aplicado a populações com perfis jovens e saudáveis. Como o EQ-5D não cobre todas as dimensões relacionadas à saúde, conseqüentemente, pode não ser capaz de discriminar totalmente os diferentes níveis de estado de saúde entre os indivíduos e, como exemplo, problemas na visão, audição e alguns distúrbios de saúde mental, que têm sintomas específicos da doença, podem não ser capturados por este instrumento (FERREIRA et al., 2016; MURASAWA et al., 2020).

Quando analisadas as cinco dimensões exploradas no sistema descritivo do EQ-5D, obteve-se maior prevalência de problemas na dimensão dor/mal-estar, seguida por ansiedade/depressão, ao passo que cuidados pessoais foi a dimensão com menos problemas relatados. Esses achados corroboram com achados nacionais, como os da PNAUM (ASCEF et al., 2017); com o estudo multicêntrico (n= 9.148) que valorou todos os estados de saúde do EQ-5D de acordo com as preferências nacionais, realizado em 4 áreas urbanas do Brasil em 2011 e 2012 (SANTOS et al., 2016); com os resultados encontrados na cidade de Brasília em 2012 por Zimmermann e colaboradores (2017) e com o obtido por Menezes e colaboradores (2015) no estado de Minas Gerais. Além disso, destaca-se este mesmo padrão em estudos internacionais, como na Rússia (KHABIBULLINA et al., 2022) e na China (PING et al., 2020).

6.3. Impacto das doenças e do uso de medicamentos autorreferidos na QVRS da população

As doenças não transmissíveis são responsáveis por 74% de todas as mortes no mundo, tendem a ser de longa duração e possuem como causa uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, afetando desproporcionalmente pessoas em países de baixa e média renda, onde ocorre mais de três quartos das mortes globais por estas causas (WHO, 2022).

Os quatro principais fatores de risco comuns as todas as DCNTs são: uso de tabaco, sedentarismo, uso prejudicial de álcool e dietas pouco saudáveis. Os custos socioeconômicos associados às DCNTs são expressivos e podem sobrecarregar os

sistemas de saúde, o que torna a prevenção e o controle dessas doenças um grande imperativo de desenvolvimento (WHO, 2022).

O surgimento dessas doenças vem sendo impulsionado por forças que incluem a rápida urbanização não planejada, a globalização de estilos de vida pouco saudáveis e o envelhecimento da população (WHO, 2022). Neste sentido, cabe a reflexão de Fernandes (2018), de que as pequenas cidades brasileiras não estão isoladas em seus hábitos e costumes, pelo contrário, estão inseridas, articuladas e conectadas às dinâmicas urbanas em esfera global, compondo o modo de produção capitalista e sendo influenciadas pelo fenômeno da globalização.

Além disso, há de se considerar que o sistema de saúde brasileiro é descentralizado e compete ao gestor municipal implementar grande parte das ações do SUS no território sob sua gestão. Neste sentido, entre os municípios brasileiros, podem haver importantes diferenças entre os serviços de saúde oferecidos, estando os municípios de pequeno porte frequentemente menos estruturados e mais dependentes de sistemas de referenciamento de pacientes para outros municípios a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde (IBGE, 2022).

Na população de Alegre, chama a atenção a alta prevalência do autorrelato de ser portador de doença crônica na amostra analisada, uma vez que somente 17% dos respondentes não relataram possuir doença, ao passo que 20% relataram uma doença, 18% duas doenças e 45% três ou mais doenças. Na amostra de Ping et al. (2020), em uma pequena cidade da China, essas proporções estiveram em 58,9% sem doença, 21,8% uma doença, 9,8% duas doenças e 9,5% três ou mais doenças, ou seja, substancialmente menos doenças foram relatadas em relação à população de Alegre/ES.

Admite-se que essa diferença de quase 42 pontos percentuais entre as taxas de pessoas sem doenças no estudo atual e no estudo de Ping et al. (2020) pode ser uma forte influenciadora do nível mais alto de QVRS verificado na população chinesa, uma vez que as DCNTs estão associadas à redução da QVRS (VAN WILDER et al., 2020).

Pacientes com doenças crônicas geralmente sofrem de multimorbidade, que pode ser definida como a ocorrência concomitante de várias condições crônicas em uma

pessoa (VAN WILDER et al., 2020), situação observada na população de Alegre, onde 63% da amostra relatou duas ou mais doenças.

A relação entre DCNTs e a redução da QVRS na população de Alegre/ES pode ser facilmente observada, pois, enquanto o valor médio da QVRS das pessoas sem doença esteve em 0,929, este valor decresceu continuamente conforme o aumento do número de doenças autorrelatadas, até o marco de seis doenças, onde o valor da QVRS encontra-se em 0,664. Entre sete e dez doenças as alterações nos valores de QVRS já não foram mais lineares, verificando-se o pior nível no grupo com nove doenças (0,572).

De forma semelhante, quando verificados os níveis de QVRS em função do número de medicamentos utilizados, observou-se uma queda contínua dos níveis de QVRS até a marca de seis medicamentos em uso. Entre sete e dez medicamentos as alterações nos valores de QVRS também não foram mais lineares. O melhor valor médio da QVRS foi observado no grupo de indivíduos que não faziam uso de medicamentos (0,915) e o pior entre os indivíduos que relataram fazer uso de seis medicamentos (0,602).

Conforme confirmado pelo teste de Sperman, o número de doenças e de medicamentos em uso estão fortemente correlacionados, o que sugere que grande parte dos medicamentos utilizados pela população de Alegre são para o tratamento das DCNTs diagnosticadas nos indivíduos, o que vai também ao encontro da taxa de automedicação mais baixa da população em relação à média nacional, aspectos que podem ser configurados como bons preditores do consumo adequado de medicamentos nesta população.

Noronha et al. (2016), em um estudo transversal que avaliou a QVRS por meio do instrumento *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)*, no município de Montes Claros (MG), identificaram a associação de uso de medicamentos com pior QVRS e reflete que a necessidade de uso diário de medicamentos é, provavelmente, decorrente da presença de condições crônicas, as quais estão fortemente associadas a piores níveis de QVRS. Além disso, o uso diário de medicamentos possivelmente carrega consigo a ideia de doença mais séria, dependência e obrigação, agindo como fator de ansiedade e/ou depressão (NORONHA et al., 2016).

Pondera-se ainda que, apesar dos aspectos positivos à saúde relacionados ao uso de medicamentos, sabe-se que a evidência do benefício da maioria dos medicamentos em ensaios clínicos baseia-se em estudos de indivíduos em sua maioria mais jovens e em boa forma, enquanto no cenário de mundo real esses medicamentos são frequentemente prescritos para pacientes em idades mais avançadas e com multimorbidade. Neste sentido, pacientes em uso de vários medicamentos ficam particularmente sujeitos a ocorrência de interações medicamento-medimento e medicamento-doença, além da polifarmácia estar ainda relacionada a um risco aumentado de erros de medicação e Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) que, por sua vez, são causas frequentes de hospitalização (SÖNNICHSEN et al., 2016).

Quanto às doenças analisadas no presente estudo, chama atenção a alta prevalência de HAS (45,1%), quase o dobro da nacional, uma vez que, de acordo com dados da PNS de 2019, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 23,9% (IBGE, 2020). A prevalência de HAS identificada na PNS de 2019 é semelhante às encontradas em outros estudos transversais que avaliaram QVRS, como o de Andrade et al. (2013) em MG (24,62%) e Zimmermann et al. (2017) em Brasília (21,5%). A prevalência mais próxima à encontrada na população do presente estudo foi a dos usuários da APS, de 38,6%, na PNAUM (ASCEF et al., 2017).

Uma explicação para a alta prevalência de HAS na população estudada relaciona-se ao possível viés de seleção da amostra com faixa etária mais elevada e com mais comorbidades do que a população do município em geral, uma vez que a coleta de dados foi feita durante o período habitual de trabalho (de 8 às 17 horas) e, portanto, possivelmente abrangeu mais indivíduos com limitações laborais. Malta et al. (2023), analisando os fatores associados à prevalência de hipertensão com dados da PNS de 2019, encontraram maior prevalência entre mulheres e associação com maiores faixas etárias; cor da pele/raça preta, parda e outras; baixa escolaridade; consumo elevado de sal; ex-tabagismo; presença de comorbidades e pior autopercepção de saúde.

Sendo a hipertensão arterial uma das principais causas de morte prematura em todo o mundo, com impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos em decorrência das complicações nos órgãos-alvo (MALTA et al., 2023), evidencia-se a

necessidade de ações de prevenção e controle precoce da HAS na população de Alegre/ES.

Não obstante, a prevalência de ansiedade, relatada por 44,5% da população também é um achado impactante. Não abordada na PNS, a ansiedade não vem sendo abordada em outros estudos que avaliaram a QVRS na população em geral, observando-se a investigação somente de depressão como transtorno mental abordado nas pesquisas. Em um estudo transversal com dados coletados em 2020, Goulart et al. (2021) encontraram uma alta prevalência de sintomas psiquiátricos na população brasileira durante a pandemia de COVID-19, com destaque para sintomas de depressão, ansiedade e estresse. É possível que o contexto pandêmico tenha influenciado na alta prevalência de ansiedade observada em Alegre/ES.

Destaca-se que nove das treze doenças abordadas presente estudo levaram a uma alteração significativa na QVRS, sendo a artrite reumatoide a doença que levou a uma maior redução dos níveis de QVRS. Neste sentido, Menezes et al. (2015), ao analisarem a aplicação do EQ-5D-3L na população brasileira, destacam que, entre as doenças crônicas avaliadas, a artrite apresentou a associação mais forte com o EQ-5D-3L e que indivíduos portadores de artrite tiveram maior probabilidade de relatar problemas em todas as dimensões do formulário.

Além disso, destaca-se que os achados na PNAUM referem uma associação negativa significativa entre artrite, artrose ou reumatismo e doenças do coração nos níveis de QVRS (ASCEF et al., 2017), corroborando com as duas variáveis identificadas no presente estudo como de maior impacto na QV avaliada.

Em contrapartida, os achados de Menezes et al. (2015) também revelam que hipertensão e problemas pulmonares foram as doenças menos associadas ao EQ-5D-3L, corroborando com o fato de a asma não ter impactado de forma significativa nos níveis de QVRS no presente estudo.

6.4. Fatores associados à QVRS

O modelo final da análise de regressão Tobit revelou uma associação negativa e estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre a QVRS da população de Alegre e os seguintes fatores: pior autopercepção de saúde, deficiência, uso de cinco ou mais medicamentos, internação no último ano, diagnóstico de ansiedade, artrite reumatoide ou obesidade e problemas na adesão à terapia medicamentosa.

A medida da autopercepção de saúde trata-se de um constructo validado e reproduzível que demonstra ser um bom preditor para mortalidade e morbidade, sendo um fator relevante a ser considerado tanto na prática clínica como em pesquisas de saúde (ASCEF et al., 2017). A relação entre uma pior autopercepção de saúde e níveis mais baixos de QVRS demonstra a boa capacidade do EQ-5D-3L em detectar os problemas de saúde da população, sendo corroborada por outros estudos (ASCEF et al., 2017; ANDRADE et al., 2013; REZENDE; LEMOS; DE MEDEIROS, 2017). Além disso, uma pior autopercepção de saúde está frequentemente associada à multimorbidade, situação que se relaciona a escores mais baixos de QVRS (CAVALCANTI et al., 2017).

Comorbidades afetam significativamente e extensivamente os escores dos pacientes em medidas genéricas de qualidade de vida (XUAN et al., 1999) e, no presente estudo, as doenças ansiedade, obesidade e artrite reumatoide associaram-se de forma significativa a piores níveis de QVRS obtidos pelo instrumento genérico EQ-5D-3L.

De acordo com Wilmer, Anderson e Reynolds (2021), os transtornos de ansiedade são condições altamente prevalentes que têm um impacto prejudicial na QVRS, especialmente quando não tratados adequadamente. As maneiras pelas quais os indivíduos com transtornos de ansiedade experimentam e respondem às suas emoções são diferentes de indivíduos não ansiosos, o que pode explicar em parte seus níveis mais baixos de QVRS relatados. Na tentativa de lidar com situações de angústia e afeto negativo, esses indivíduos evitam ou usam comportamentos de segurança, o que pode prejudicar seu funcionamento ocupacional, social e físico.

Em relação à artrite reumatoide, destaca-se ainda que o frequente acometimento de pessoas em idade produtiva pode levar a importantes limitações na capacidade

funcional (MOTA et al., 2013) e, de acordo com Besirli et al. (2019), ansiedade, depressão, qualidade de vida, atividade da doença e ideação suicida estão relacionadas entre si nestes pacientes. De forma semelhante, Machin et al. (2020), em uma revisão sistemática com meta-análise, descrevem que a ansiedade está relacionada com o índice de atividade da artrite reumatoide e redução da qualidade de vida.

Quanto à obesidade, de acordo com Stephenson et al. (2021), níveis crescentes de obesidade estão associados à redução da QVRS, embora essa diferença seja insignificante entre pessoas com peso normal e pessoas com sobrepeso. Nestes indivíduos, condições físicas concomitantes, e particularmente relacionadas à saúde mental de longo prazo, estão substancialmente relacionadas à QVRS. Destaca-se ainda que o IMC alto permanece independentemente relacionado à QVRS, sugerindo que pessoas obesas, mesmo sem outras comorbidades, podem estar em transição para uma situação não saudável (STEPHENSON et al., 2021).

No caso da variável deficiência, além dos desafios adicionais enfrentados no dia a dia, como restrições físicas, dificuldades de mobilidade, estigma social e falta de acessibilidade, fatores psicológicos como ansiedade e depressão também podem estar relacionados a níveis mais baixos de QVRS (HOSSEINI et al., 2018).

A associação entre internação e níveis mais baixos de QVRS corrobora com os achados do estudo de Javanbakht e colaboradores (2012) que avaliaram a QVRS em indivíduos com diabetes Mellitus Tipo 2 no Irã, também utilizando Regressão Tobit na análise associativa. Já em contraposição, na PNAUM, a variável “internação no último ano” não permaneceu no modelo final da análise multivariada na avaliação dos fatores associados à QVRS em usuários da APS (ASCEF et al., 2017).

Tavares et al. (2016), também com dados da PNAUM, encontram relação entre a ocorrência de internações com baixa adesão a medicamentos, pois em seus resultados, os indivíduos que passaram por duas ou mais internações ou que receberam atendimentos de emergências no último ano, apresentaram adesão ao tratamento cerca de 80,0% mais baixa. Portanto, se por um lado a internação em si leva ao afastamento do convívio familiar e social, interrupção da rotina diária e a convivência constante com procedimentos causadores de dor, podendo contribuir na geração de sentimentos de solidão e dificuldade para vivência deste período de

incertezas (MORAES et al., 2016), por outro, os motivos que levam às causas das internações, como comorbidades de base e falhas nos tratamentos podem influenciar na QVRS dos indivíduos.

De acordo com Noronha et al. (2016), não usar medicamentos e não ter doença crônica está associado positivamente à QVRS. De forma semelhante, Freitas et al. (2022) ao avaliarem a qualidade de vida em idosos da região metropolitana de São Paulo verificaram associação entre número de medicamentos em uso e piores níveis de QVRS (FREITAS et al., 2022). Esses estudos corroboram a associação negativa entre polifarmácia e QVRS observada no presente estudo.

A associação de problemas de adesão a medicamentos e polifarmácia com pior QVRS na população estudada evidencia a importância de serviços de cuidado e assistência farmacêutica como estratégia para melhoria das condições de saúde e QVRS em Alegre/ES.

A adesão aos medicamentos é um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento medicamentoso (LEITE; VASCONCELLOS, 2003) e a associação direta entre problemas de adesão a medicamentos e piores níveis de QVRS não foi encontrada na literatura. Pelo contrário, Côté, Farris e Feeny (2003) concluem que a qualidade de vida não parece ser significativamente associada com a adesão ao tratamento medicamentoso e que uma correlação fraca entre adesão e QVRS é, na verdade, consistente com a influência de outros fatores relacionados que exercem influência sobre a QVRS.

Nesse sentido, admite-se que falhas de adesão podem estar intimamente relacionadas com outros fatores que também exercem importante influência na QVRS. Leite e Vasconcellos (2003) explanam sobre os fatores que levam à não adesão e primeiramente fazem a relação entre falta de acesso ao medicamento (alto-custo). Maior número de medicamentos prescritos custa mais, e se adere menos, portanto observa-se aqui a relação entre poder de compra dos indivíduos como causa importante de problemas de adesão. Além disso, pacientes em uso de muitos medicamentos tendem a ter mais problemas de adesão (LEITE; VASCONCELLOS, 2003), e podem estar em polifarmácia e com multimorbidade, outros fatores sabidamente relacionados a piores níveis de QVRS.

6.5. Limitações do estudo

Há limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo. Em primeiro lugar, as perguntas relacionadas ao uso de medicamentos requeriam um período recordatório de 15 dias, enquanto as perguntas relacionadas a internações e avaliação de serviços de saúde um período recordatório de um ano. Essas respostas podem ter sido influenciadas por viés de memória.

Também é importante considerar a possibilidade de viés de desejo social nas respostas a algumas perguntas, especialmente aquelas relacionadas a hábitos de vida e avaliações de serviços de saúde.

Quanto à amostra, como a coleta de dados ocorreu durante o horário de trabalho convencional, das 08h00 às 17h00, isso pode ter resultado em uma seleção com maior proporção de indivíduos sem emprego, de idade mais avançada e com mais limitação de saúde. Além disso, a proporção de mulheres na amostra pode ter influenciado os resultados, uma vez que foi superior à proporção de mulheres na população geral do município.

Por outro lado, ressalta-se que o tamanho amostral foi bem acima do necessário, assegurando, dessa forma menor erro e, conseqüentemente, maior poder de inferência estatística dos resultados.

Destaca-se ainda que um estudo publicado por Santos et al. em 2021 demonstrou uma variação nos valores de utilidade do EQ-5D-3L em relação a idade e sexo para a população brasileira, com valores de utilidade mais altos para homens e indivíduos mais jovens (SANTOS et al., 2021). No entanto, essas estratificações nos valores de utilidade não foram consideradas no presente estudo.

Além disso, é importante mencionar que o desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causa e efeito entre as associações encontradas e que muitos outros fatores não abordados neste estudo podem estar relacionados e influenciar os resultados de QVRS, como traços de personalidade, senso de coerência, autoeficácia, capacidade de trabalho, entre outros (VAN WILDER et al., 2020).

Por fim, destaca-se que as doenças avaliadas foram autorreferidas, sem controle dos critérios diagnósticos. No intuito de minimizar autodiagnósticos e interpretações equivocadas, as perguntas sobre a presença de doenças foram formuladas com base no relato de ter recebido um diagnóstico de um profissional de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou a QVRS da população em um cenário de cidade pequena, no interior do estado do Espírito Santo, região sudeste do Brasil, durante a pandemia de COVID-19. Também foram analisados os impactos das doenças e medicamentos em uso nos níveis de QVRS, além de fatores sociodemográficos, de saúde e hábitos de vida associados.

O valor médio da QVRS obtido pelo sistema descritivo EQ-5D para a população de Alegre/ES foi de 0,818, enquanto na EVA este valor esteve em 77,8. Comparações nacionais e internacionais mostram valores acima e abaixo dos obtidos pelo presente estudo, porém a ausência de outros estudos nacionais de base populacional, que avaliem a QVRS em cidades pequenas com o uso do EQ-5D, limitou a comparação neste aspecto.

Os fatores que mantiveram associação estatisticamente significativa com menores valores de QVRS da população de Alegre/ES foram: pior autopercepção de saúde, deficiência, polifarmácia, internação no último ano, diagnóstico de ansiedade, artrite reumatoide ou obesidade e problemas na adesão à terapia medicamentosa.

De forma geral, a influência desses fatores na QVRS já é bem discutida na literatura, exceto quanto aos problemas na adesão à terapia medicamentosa. Ressalta-se que, juntamente com a polifarmácia, esse fator indica a necessidade de fortalecimento do serviço de assistência farmacêutica do município e do cuidado multidisciplinar ao paciente, com vistas à promoção do acesso, uso seguro e adequado da terapia medicamentosa, de modo a melhorar as condições de saúde e qualidade de vida da população.

Os resultados deste estudo são úteis para gestores e formuladores de políticas de saúde, pois trazem aspectos relevantes relacionados às condições de saúde do município de Alegre/ES, como doenças mais prevalentes, o impacto destas na QVRS da população e os fatores associados à QVRS, indicando pontos relevantes para investimentos com vistas à melhoria das condições de vida e saúde dos munícipes.

Mesmo não contemplando os objetivos principais deste trabalho, a análise das prevalências de DCNTs, especialmente hipertensão arterial e ansiedade na população de Alegre/ES chamam atenção devido às altas taxas quando comparadas a outros estudos e indicam pontos importantes a serem explorados pelos serviços de saúde do município.

Cabe ressaltar que, apesar dos importantes resultados alcançados, as limitações metodológicas devem ser levadas em consideração ao interpretar os resultados deste estudo, de forma a permitir uma compreensão mais precisa.

Por fim, admite-se que mais investigações são necessárias a fim de se alcançar uma melhor compreensão acerca da QVRS e seus influentes e determinantes. Estudos que explorem de forma mais específica as consequências da pandemia de COVID-19 na QVRS em diversos cenários populacionais fazem-se necessários e devem ser utilizados nas avaliações das condições de saúde das populações por parte dos profissionais e formuladores de políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. DE. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 304–311, set. 1986.

ALMEIDA FILHO, N. DE; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 879–889, 2002.

ANDRADE, M. V. et al. What matters most?: evidence-based findings of health dimensions affecting the societal preferences for EQ-5D health states. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. suppl 1, p. s59–s72, 2013.

ASCEF, B. DE O. et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 22s, 22 set. 2017.

AUSTIN, P. C.; ESCOBAR, M.; KOPEC, J. A. The Use of the Tobit Model for Analyzing Measures of Health Status. **Quality of Life Research**, v. 9, n. 8, p. 901–910, 2000.

BEŞIRLI, A. et al. The Relationship Between Anxiety, Depression, Suicidal Ideation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. **Psychiatric Quarterly**, 25 nov. 2019.

BIERRENBACH, A. **Steps in applying Probability Proportional to Size (PPS) and calculating Basic Probability Weights**. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2008. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/global-task-force-on-tb-impact-measurement/meetings/2008-03/p20_probability_proportional_to_size.pdf?sfvrsn=51372782_3. Acesso em: 07 mar 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. ISBN: 978-85-7018-698-0.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas : Diretriz de Avaliação Econômica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed.

– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283–303, 1 jun. 2011.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa: Nov, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

CAVALCANTI, G. et al. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 634–642, out. 2017.

CFF – Conselho Federal de Farmácia/Datafolha Instituto de Pesquisa. **Uso de Medicamentos**. Abr, 2019. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/Uso%20de%20Medicamentos%20-%20Relat%c3%b3rio%20_final.pdf. Acesso em 03 jul 2023.

CHEN, T.; LI, L.; KOCHEN, M. M. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? **Journal of Zhejiang University SCIENCE**, v. 6B, n. 9, p. 936–940, set. 2005.

CONTI, A.A. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. **Acta Bio Medica Atenei Parmensis**, v. 89, n. 3, p. 352–354, 2018.

CÔTÉ, I.; FARRIS, K.; FEENY, D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? **Quality of Life Research**, v. 12, n. 6, p. 621–633, 2003.

CROCHEMORE-SILVA, I. et al. Physical activity during the COVID-19 pandemic: a population-based cross-sectional study in a city of South Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4249–4258, 1 nov. 2020.

DE OLIVEIRA, M. M. et al. Repercussions of the COVID-19 pandemic on preventive health services in Brazil. **Preventive Medicine**, v. 155, p. 106914, fev. 2022.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 05 fev. 2023.

DEVLIN, N. J.; BROOKS, R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. **Applied Health Economics and Health Policy**, v. 15, n. 2, p. 127–137, 13 fev. 2017.

DUDH - Declaração Universal dos direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 05 fev. 2023.

EUROQOL GROUP. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. **Health Policy**, v. 16, n. 3, p. 199–208, dez. 1990.

EUROQOL GROUP. EuroQol Research Foundation. Disponível em: <https://euroqol.org/>. Acesso em: 19 mar. 2023.

FERREIRA, L. N. et al. Comparing the performance of the EQ-5D-3L and the EQ-5D-5L in young Portuguese adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n. 1, 8 jun. 2016.

FLOR, L.S.; CAMPOS, M.R.; LAGUARDIA, J. Quality of life, social position and occupational groups in Brazil: evidence from a population-based survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 3, p. 748–762, 1 set. 2013.

FREITAS, J. L. G. DA S. et al. Health-Related Quality of Life and Associated Factors: Regional Differences Among Oldest-Old in Brazil. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 59, p. 004695802210869, jan. 2022.

FENG, Y.; PARKIN, D.; DEVLIN, N. J. Assessing the performance of the EQ-VAS in the NHS PROMs programme. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 3, p. 977–989, 1 out. 2013.

GALEA, S. Why health? **Recenti Progressi in Medicina**, v. 112, n. 6, p. 413–415, 1 jun. 2021.

GOULART, JF et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. **Journal of Psychiatric Research**, v. 132, p. 32–37, 1 jan. 2021.

HARALDSTAD, K. et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 10, p. 2641–2650, 11 jun. 2019.

HOŁOWNIA-VOLOSKOVA, M.; TARBASTAEV, A.; GOLICKI, D. Population norms of health-related quality of life in Moscow, Russia: the EQ-5D-5L-based survey. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 3, p. 831–840, 25 nov. 2020.

HOSSEINI, S. et al. Quality of life predictors in physically disabled people. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 7, n. 1, p. 61, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em:

<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?-dados=29&uf=32>. Acesso em: 25 mai. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Disponível e: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em 20 jun de 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos Municípios Brasileiros: 2021. IBGE/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, IBGE: 2022. Disponível em: <https://ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=publicacoes> Acesso em 29 jun 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS - Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 113p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD). Características gerais dos moradores 2020-2021. IBGE: 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957#:~:text=T%C3%ADtulo%3A%20Caracter%C3%ADsticas%20gerais%20dos%20moradores%202020-2021%20%2F%20IBGE%2C,IBGE%20Ano%3A%202022%20Descri%C3%A7%C3%A3o%20f%C3%ADsica%3A%208%2C%20115%20p>. Acesso em 03 jul 2023.

IJSN - Instituto Jones dos Santos Neves. Mapas. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/mapas/>. Acesso em: 06 mar. 2023.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desigualdades no Mercado de Trabalho e Pandemia de COVID-19. Texto para Discussão 2684. Rio de Janeiro, agosto de 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10786/1/td_2684.pdf . Acesso em 3 jul 2023.

JAVANBAKHT M. et al. Health Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. **PLoS ONE** v. 7, n.8, e44526, 2012.

KAPLAN, R. M.; HAYS, R. D. Health-Related Quality of Life Measurement in Public Health. **Annual Review of Public Health**, v. 43, n. 1, 2022.

KARIMI, M.; BRAZIER, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **PharmacoEconomics**, v. 34, n. 7, p. 645–9, 2016.

KHABIBULLINA, A. et al. First population norms for the EQ-5D-3L in the Russian Federation. v. 17, n. 3, p. e0263816–e0263816, 29 mar. 2022.

KIND, P., BROOKS, R.; RABIN, R. (Eds) EQ-5D concepts and methods: A developmental history. Dordrecht: **Springer Netherlands**; 2005. 240 p.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. DA P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** p. 775–782, 2003.

LIBOREDO, J. C. et al. Quarantine During COVID-19 Outbreak: Eating Behavior, Perceived Stress, and Their Independently Associated Factors in a Brazilian Sample. **Frontiers in Nutrition**, v. 8, p. 704619, 26 jul. 2021.

MACHIN, A. R. et al. The association between anxiety and disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Rheumatology**, v. 39, n. 5, p. 1471–1482, 2 jan. 2020.

MALTA, D. C. et al. Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. **Revista de Saude Publica**, v. 56, p. 122, 2023.

MENEZES, R. DE M. et al. EQ-5D-3L as a health measure of Brazilian adult population. **Quality of Life Research**, v. 24, n. 11, p. 2761–2776, 21 abr. 2015.

MORAES L. P. et al. Apoio social e qualidade de vida na perspectiva de pessoas que sofreram queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.15, n. 3, p. 142-147, 2016.

MOTA, L. M. H. DA et al. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, p. 141–157, 1 abr. 2013.

MURASAWA et al. Factors contributing to the ceiling effect of the EQ-5D-5L: an analysis of patients with prostate cancer judged “no-problems”. **Quality of Life Research**, v. 29, n. 3, p. 755–763, 1 mar. 2020.

NERI, Marcelo C. “**Mapa da Nova Pobreza**”, Marcelo Neri – 40 págs., Rio de Janeiro, RJ – junho/2022 - FGV Social. Disponível em: <https://cps.fgv.br/MapaNovaPob>. Acesso em 23 fev. 2023.

NOLL GONÇALVES, R. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@!**, v. 13, n. 2, p. 198-205, 2020.

NORONHA, D. D. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463–474, fev. 2016.

- OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69–79, 1 nov. 2019.
- PATRÍCIO, K. P. et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 677–686, fev. 2022.
- PEQUENO, N. P. F. et al. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 1, 30 jun. 2020.
- PING, W. et al. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. **PLOS ONE**, v. 15, n. 6, p. e0234850, 18 jun. 2020.
- PREFEITURA DE ALEGRE. A cidade. Características geográficas. Disponível em: <https://alegre.es.gov.br/a-cidade/caracteristicas-geograficas/> Acesso em: 06 mar. 2023.
- REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30(1), p.126-136, 2014.
- REZENDE, B. A.; LEMOS, S. M. A.; DE MEDEIROS, A. M. Quality of life and health self-perception in children with poor school performance. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 415–421, 2017.
- SANTOS, M. et al. Brazilian Valuation of EQ-5D-3L Health States: Results from a Saturation Study. **Medical Decision Making**, [S.l.], v. 36 (2) p. 253-63, 2016.
- SANTOS, M.; MONTEIRO, A. L.; SANTOS, B. EQ-5D Brazilian population norms. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 19, n. 1, 10 jun. 2021.
- SARRIA, E. E. et al. Health-related quality of life in post-infectious bronchiolitis obliterans: agreement between children and their proxy. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 5, p. 614–618, 1 set. 2019.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, abr. 2007.
- SEVERINO, R.; ESPINOZA, M.; CABIESES, B. Health-related quality of life by household income in Chile: a concentration index decomposition analysis. **International Journal for Equity in Health**, v. 21, n. 1, 13 dez. 2022.
- SÖNNICHSEN, A. et al. Polypharmacy in chronic diseases—Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support (PRIMA-eDS): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 1, 29 jan. 2016.
- SPIETH, L. E.; HARRIS, C. V. Assessment of Health-Related Quality of Life in

Children and Adolescents: An Integrative Review. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 21, n. 2, p. 175–193, 1996.

STEPHENSON, J. et al. The association between obesity and quality of life: a retrospective analysis of a large-scale population-based cohort study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, 3 nov. 2021.

SZENDE, A., JANSSEN B., CABASÉS. J. (Eds). Self-Reported Population Health: an international perspective based on EQ-5D-3L. London: **Springer Open**; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1>.

TAVARES, N. U. L. et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.

The WHOqol group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995.

The WHOqol group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, jun. 1998.

UNITED NATIONS. History of the United Nations. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/history-of-the-un>. Acesso em: 05 fev. 2023.

VAN WILDER, L. et al. Health-related quality of life in patients with non-communicable disease: study protocol of a cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 10, n. 9, p. e037131, 10 set. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases (NCDs). 16 de Setembro de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ncds>. Acesso em: 20 de jul. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. OFFICIAL RECORDS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION No. 2 SUMMARY REPORT ON PROCEEDINGS MINUTES AND FINAL ACTS OF THE INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE HELD IN NEW YORK FROM 19 JUNE TO 22 JULY 1946, p. 100. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>. Acesso em: 18 mar. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate the use of medicines by consumers**. University of Amsterdam. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68840>. Acesso em 07 mar. 2023.

WHO - World Health Organization. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION¹, 1948. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Acesso em: 05 fev.2023.

WHO – World Health Organization. #HealthyAtHome - Mental health. Looking after our mental health. Disponível em: https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwhdWkBhBZEiwA1ibLmNIZCbD4XxBGUN-WPuV_n6M4RP_KI3trwS6ZIZGvPKmlde7YcLJQSxoCCB8QAvD_BwE. Acesso em 28 jun 2023.

WILMER, M. T.; ANDERSON, K.; REYNOLDS, M. Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research. **Current Psychiatry Reports**, v. 23, n. 11, 6 out. 2021.

XUAN, J. et al. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. **Clinical Therapeutics**, v. 21, n. 2, p. 383–403, fev. 1999.

ZIMMERMANN, I. R. **Qualidade de vida relacionada à saúde em adultos no Distrito Federal**. 2016. 103.Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2016.

ZIMMERMANN, I. R. et al. Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 1, p. 62–68, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário completo usado na coleta de dados

PARTE A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome:	
E-mail:	Telefone:
Bairro/Distrito:	Nome da mãe:
Naturalidade:	Número do questionário:
1- Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	<input type="checkbox"/>
2- Data de nascimento: ____ / ____ / ____ ou ____ anos	
3- Qual o seu peso? _____ Quilogramas	<input type="checkbox"/>
4- Qual a sua altura? _____ centímetros ou ____ metros	<input type="checkbox"/>
5- Raça ou cor: 1. Branco 4. Amarelo 7. Outros: 2. Preto 5. Indígena Especifique: _____ 3. Pardo 6. Albino	<input type="checkbox"/>
6- Estado civil: 1. Solteiro 4. Divorciado 7. Outros 2. Casado 5. Separado Especifique: _____ 3. União Estável 6. Viúvo	<input type="checkbox"/>
7- Escolaridade: ____ anos completos de estudo 1. Sem escolaridade 6. Técnico completo 2. Fundamental incompleto (1º grau) 7. Superior completo 3. Fundamental completo (1º grau) 8. Mestrado completo 4. Médio incompleto (2º grau) 9. Doutorado completo 5. Médio completo (2º grau)	<input type="checkbox"/>
8- Você mora em: 1. Casa ou apartamento próprio (de familiares ou amigos) 2. Casa ou apartamento alugado 3. Quarto, cômodo, ou quitinete alugado ou emprestado 4. República Se outro, (hotel, asilo, etc) especificar: _____	<input type="checkbox"/>
9- Religião/Crença 1. Sem religião 3. Evangélico/Protestante 5. Outras 2. Católico 4. Espírita Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
10- Reside temporariamente em Alegre por motivo de estudo ou trabalho? 1. Sim, estudo 2. Sim, trabalho 3. Não	<input type="checkbox"/>
11- Mora com 1. Sozinho 3. Parentes (avós/tios) 2. Familiares (Pais e/ou filhos) 4. Amigos	<input type="checkbox"/>
12- Ocupação 1. Autônomo/Profissional liberal/Conta própria 2. Empregador/Empresário/Empreendedor 3. Funcionário privado formal (CLT ou contrato) 4. Funcionário público (Empresas públicas, ex: banco do brasil, caixa, etc). 5. Servidor público 6. Estudante 7. Outro. Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
13- Qual a sua profissão? _____ _____	

34- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	<input type="checkbox"/>
35- Doenças renais de qualquer natureza	<input type="checkbox"/>
36- Hipertensão (pressão alta)	<input type="checkbox"/>
37- Obesidade (excesso de peso)	<input type="checkbox"/>
38- Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/>
39- Outras, especifique: _____	<input type="checkbox"/>
40- Possui alguma deficiência: 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
41- Qual tipo de deficiência 1. Auditiva 3. Cognitiva 5. Outras 2. Visual 4. Física Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
PARTE C – COVID-19	
42- Se vacinou? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
43- Qual vacina? 1. Coronavac 3. Pfizer 5. Outra 2. Astra-zeneca 4. Janssen	<input type="checkbox"/>
44- Quantas doses? 1. Uma dose 2. Duas doses 3. Três doses 4. Dose única	<input type="checkbox"/>
45- Teve reação alérgica a vacina? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
46- Se sim, qual? Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
47- Teve COVID-19? 1. Sim. 2. Não	<input type="checkbox"/>
48- Quando? 1. Antes da vacinação 3. Após a segunda dose 2. Após a primeira dose	<input type="checkbox"/>
49- Recebeu algum medicamento ou fez tratamento? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
50- Se sim, foi prescrito ou indicado por algum profissional? 1. Sim, prescrição médica 4. Sim, indicação de amigos ou parentes 2. Sim, indicação farmacêutica 5. Não, pesquisou na internet 3. Sim, indicação de outro profissional 6. Não, tomou por conta própria	<input type="checkbox"/>
51- Se sim, quais medicamentos foram usados? Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
52- Ficou internado? 1. Sim 2. Não Tempo em dias: _____	<input type="checkbox"/>
PARTE D – USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
53- No último ano você utilizou a Farmácia Básica Municipal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
54- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
55- No último ano você utilizou o Pronto Atendimento/Pronto Socorro Municipal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
56- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>

57- No último ano você utilizou o Centro Médico Municipal? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
58- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
59- No último ano você utilizou a Unidade Básica de Saúde? 1. Sim 2. Não Se sim, especificar qual: _____	<input type="checkbox"/>
60- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
61- No último ano você utilizou o Hospital de Alegre? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
62- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
63- No último ano você utilizou o Centro de Imunização de Alegre? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
64- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
65- No último ano você utilizou o Centro de Atenção Psicossocial de Alegre? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
66- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
67- No último ano você realizou alguma consulta médica particular em Alegre? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
68- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
69- No último ano você utilizou alguma Farmácia Privada em Alegre? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
70- Se sim, qual o seu nível de satisfação com o serviço ofertado? Totalmente Insatisfeito 0 _____ 10 Totalmente Satisfeito	<input type="checkbox"/>
PARTE E - USO DE MEDICAMENTOS	
Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de medicamentos por você.	
Obs: Caso não utilize medicamentos, pule para a pergunta nº 121.	
71- Nos últimos 15 dias, você usou medicamentos? 1. Sim. Quantos? _____ 2. Não _____ 99. NSA	<input type="checkbox"/>
72- Você precisa de ajuda de outra pessoa para tomar os seus medicamentos? 1. Não 2. Sim, as vezes 3. Sim, sempre	<input type="checkbox"/>
73- Quantos reais gastou com medicamentos para você nos últimos 30 dias? R\$ _____, _____ reais 1. Não gastei nada 2. Não sei o valor	<input type="checkbox"/>
74- Você costuma usar algum medicamento por conta própria? 1. Sim 2. Não 99. NSA	<input type="checkbox"/>
75- Nos últimos 15 dias você deixou de usar algum medicamento prescrito? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTO 1	
(copie estas informações preferencialmente da embalagem ou receita médica)	

76- Nome:	
77- Dosagem:	<input type="checkbox"/>
78- Frequência de uso:	<input type="checkbox"/>
79- Há quanto tempo você usa este medicamento? 1. Menos de 1 ano 2. 1 ano ou mais	<input type="checkbox"/>
80- Onde este medicamento foi receitado ou recomendado? 1. Na consulta com o médico 4. No rádio/ TV/ jornal 2. Na consulta com o dentista 5. Amigos ou parentes ou vizinhos 3. Na farmácia 6. Usa por conta própria	<input type="checkbox"/>
81- Onde conseguiu este medicamento pela última vez? 1. Na farmácia do SUS ou pública 3. Outro 2. Na farmácia comercial Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
82- Você tem algum problema para conseguir ou usar este medicamento? 1. Não. Não tem problema 4. Sim. Não tem ninguém pra buscar 2. Sim. Não tem na farmácia do SUS 5. Sim. Não tem dinheiro pra comprar 3. Sim. Passei mal ao usar o medicamento 6. Sim. Outro problema Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
83- Você deixou de tomar esse medicamento, por algum motivo, nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
84- Por qual motivo você deixou de tomar esse medicamento, nos últimos 15 dias.	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTO 2	
(copie estas informações preferencialmente da embalagem ou receita médica)	
85- Nome:	<input type="checkbox"/>
86- Dosagem:	<input type="checkbox"/>
87- Frequência de uso:	<input type="checkbox"/>
88- Há quanto tempo você usa este medicamento? 1. Menos de 1 ano 2. 1 ano ou mais	<input type="checkbox"/>
89- Onde este medicamento foi receitado ou recomendado? 1. Na consulta com o médico 4. No rádio/ TV/ jornal 2. Na consulta com o dentista 5. Amigos ou parentes ou vizinhos 3. Na farmácia 6. Usa por conta própria	<input type="checkbox"/>
90- Onde conseguiu este medicamento pela última vez? 1. Na farmácia do SUS ou pública 3. Outro 2. Na farmácia comercial Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
91- Você tem algum problema para conseguir ou usar este medicamento? 1. Não. Não tem problema 4. Sim. Não tem ninguém pra buscar 2. Sim. Não tem na farmácia do SUS 5. Sim. Não tem dinheiro pra comprar 3. Sim. Passei mal ao usar o medicamento 6. Sim. Outro problema Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
92- Você deixou de tomar esse medicamento, por algum motivo, nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
93- Por qual motivo você deixou de tomar esse medicamento, nos últimos 15 dias.	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTO 3		
(copie estas informações preferencialmente da embalagem ou receita médica)		
94- Nome:	_____	<input type="checkbox"/>
95- Dosagem:	_____	<input type="checkbox"/>
96- Frequência de uso:	_____	<input type="checkbox"/>
97- Há quanto tempo você usa este medicamento? 1. Menos de 1 ano 2. 1 ano ou mais		<input type="checkbox"/>
98- Onde este medicamento foi receitado ou recomendado? 1. Na consulta com o médico 4. No rádio/ TV/ jornal 2. Na consulta com o dentista 5. Amigos ou parentes ou vizinhos 3. Na farmácia 6. Usa por conta própria		<input type="checkbox"/>
99- Onde conseguiu este medicamento pela última vez? 1. Na farmácia do SUS ou pública 3. Outro 2. Na farmácia comercial Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
100- Você tem algum problema para conseguir ou usar este medicamento? 1. Não. Não tem problema 4. Sim. Não tem ninguém pra buscar 2. Sim. Não tem na farmácia do SUS 5. Sim. Não tem dinheiro pra comprar 3. Sim. Passei mal ao usar o medicamento 6. Sim. Outro problema Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
101- Você deixou de tomar esse medicamento, por algum motivo, nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>
102- Por qual motivo você deixou de tomar esse medicamento, nos últimos 15 dias. _____		<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTO 4		
(copie estas informações preferencialmente da embalagem ou receita médica)		
103- Nome:	_____	<input type="checkbox"/>
104- Dosagem:	_____	<input type="checkbox"/>
105- Frequência de uso:	_____	<input type="checkbox"/>
106- Há quanto tempo você usa este medicamento? 1. Menos de 1 ano 2. 1 ano ou mais		<input type="checkbox"/>
107- Onde este medicamento foi receitado ou recomendado? 1. Na consulta com o médico 4. No rádio/ TV/ jornal 2. Na consulta com o dentista 5. Amigos ou parentes ou vizinhos 3. Na farmácia 6. Usa por conta própria		<input type="checkbox"/>
108- Onde conseguiu este medicamento pela última vez? 1. Na farmácia do SUS ou pública 3. Outro 2. Na farmácia comercial Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
109- Você tem algum problema para conseguir ou usar este medicamento? 1. Não. Não tem problema 4. Sim. Não tem ninguém pra buscar 2. Sim. Não tem na farmácia do SUS 5. Sim. Não tem dinheiro pra comprar 3. Sim. Passei mal ao usar o medicamento 6. Sim. Outro problema Especificar: _____		<input type="checkbox"/>
110- Você deixou de tomar esse medicamento, por algum motivo, nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não		<input type="checkbox"/>

111- Por qual motivo você deixou de tomar esse medicamento, nos últimos 15 dias.	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTO 5	
(copie estas informações preferencialmente da embalagem ou receita médica)	
112- Nome:	<input type="checkbox"/>
113- Dosagem:	<input type="checkbox"/>
114- Frequência de uso:	<input type="checkbox"/>
115- Há quanto tempo você usa este medicamento? 1. Menos de 1 ano 2. 1 ano ou mais	<input type="checkbox"/>
116- Onde este medicamento foi receitado ou recomendado? 1. Na consulta com o médico 4. No rádio/ TV/ jornal 2. Na consulta com o dentista 5. Amigos ou parentes ou vizinhos 3. Na farmácia 6. Usa por conta própria	<input type="checkbox"/>
117- Onde conseguiu este medicamento pela última vez? 1. Na farmácia do SUS ou pública 3. Outro 2. Na farmácia comercial Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
118- Você tem algum problema para conseguir ou usar este medicamento? 1. Não. Não tem problema 4. Sim. Não tem ninguém pra buscar 2. Sim. Não tem na farmácia do SUS 5. Sim. Não tem dinheiro pra comprar 3. Sim. Passei mal ao usar o medicamento 6. Sim. Outro problema Especificar: _____	<input type="checkbox"/>
119- Você deixou de tomar esse medicamento, por algum motivo, nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/>
120- Por qual motivo você deixou de tomar esse medicamento, nos últimos 15 dias.	<input type="checkbox"/>
PARTE F - USO DE CHÁS E PLANTAS MEDICINAIS	
Nas próximas perguntas, queremos saber algumas informações sobre o uso de chás e plantas medicinais. Obs: Caso não utilize chás ou plantas medicinais, pule para a pergunta nº 132.	
121- Você tomou algum chá ou usou planta medicinal nos últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não 99. NSA	<input type="checkbox"/>
PLANTA 1	
122- Nome: _____ Indicação: _____	
123- Parte usada: 1. Folha 3. Caule 5. Flor 2. Raíz 4. Casca 6. Sachê 99. NSA	<input type="checkbox"/>
PLANTA 2	
124- Nome: _____ Indicação: _____	<input type="checkbox"/>
125- Parte usada: 1. Folha 3. Caule 5. Flor 2. Raíz 4. Casca 6. Sachê 99. NSA	<input type="checkbox"/>
PLANTA 3	
126- Nome: _____ Indicação: _____	
127- Parte usada: 1. Folha 3. Caule 5. Flor 2. Raíz 4. Casca 6. Sachê 99. NSA	<input type="checkbox"/>

PLANTA 4		
128- Nome: _____		
Indicação: _____		
129- Parte usada:		
1. Folha	3. Caule	5. Flor
2. Raíz	4. Casca	6. Sachê
		99. NSA
		<input type="checkbox"/>
PLANTA 5		
130- Nome: _____		
Indicação: _____		
131- Parte usada:		
1. Folha	3. Caule	5. Flor
2. Raíz	4. Casca	6. Sachê
		99. NSA
		<input type="checkbox"/>
PARTE G - USO DE MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS, FITOTERÁPICOS, MANIPULADOS E CASEIROS		
132- Faz uso de medicamentos homeopáticos?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Indicação: _____		
133- Faz uso de Floral de Bach?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Indicação: _____		
134- Faz uso de medicamentos fitoterápicos?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Indicação: _____		
135- Faz uso de medicamentos manipulados?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Indicação: _____		
136- Uso de medicamentos caseiros?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Especificar: _____		
Indicação: _____		
PARTE H - HÁBITOS DE VIDA		
Pense na sua rotina semanal: quais são as refeições que você costuma fazer habitualmente no dia? 1. Sim 2. Não		
137- Café da manhã		<input type="checkbox"/>
138- Lanche da manhã		<input type="checkbox"/>
139 Almoço		<input type="checkbox"/>
140- Lanche ou café da tarde		<input type="checkbox"/>
141- Jantar ou café da noite		<input type="checkbox"/>
142- Lanche antes de dormir (ceia)		<input type="checkbox"/>
143- Com que frequência você toma alguma bebida alcoólica?		
1. Nunca bebo.	3. Semanalmente	<input type="checkbox"/>
2. Diariamente.	4. Mensalmente	
144- Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos, 30 minutos.		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
Frequência semanal: _____		
145- Atualmente, você fuma?		
1. Sim	2. Não	<input type="checkbox"/>
146- Quantas horas por dia você geralmente dorme?		
1. < 6 horas	3. De 7 a 8 horas	<input type="checkbox"/>
2. De 6 a 7 horas	4. > 8 horas	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS, NATURAIS E DA SAÚDE - CCENS
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA E NUTRIÇÃO - DFN

Pesquisador Responsável: Genival Araujo dos Santos Júnior
Endereço: Alto Universitário, S/N Guararema, Alegre - ES, 29500-000
Fone: (28) 3552-8771 | (79) 9 99482287
E-mail: farm.genival@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada "IMPLEMENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR FARMACÊUTICOS EM SISTEMAS DE SAÚDE", sob a responsabilidade do prof. Dr. GENIVAL ARAUJO DOS SANTOS JÚNIOR.

O motivo que nos leva a desenvolver este projeto é a necessidade de criar serviços em que os farmacêuticos ajudam as pessoas a utilizar seus medicamentos de forma correta, efetiva e segura. Esta pesquisa ainda ajudará no estudo, formação e capacitação dos estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) campus Alegre. Assim, temos por objetivo implementar e integrar serviços clínicos providos por farmacêuticos (SCF) destinados às pessoas atendidas Farmácia Básica/Farmácia Universitária da UFES.

Para este estudo, você será entrevistado por estudantes de Farmácia, que farão perguntas acerca de seus dados demográficos, dados de saúde, uso medicamentos e qualidade de vida. Neste momento serão feitas perguntas sobre seu estado de saúde, o uso dos medicamentos e os estudantes irão dar orientações de como utilizar os medicamentos da melhor maneira possível, garantindo que os medicamentos façam o efeito desejado e tragam o mínimo de efeitos adversos. As perguntas serão feitas no seu domicílio, em local reservado e levará em média 20 minutos. Este projeto iniciou em julho de 2019 e será executado até dezembro de 2023.

Você pode sentir algum desconforto com os temas abordados, incômodo, constrangimento, cansaço ou tédio durante a sua participação no estudo. Para contornar estes riscos, a equipe de pesquisa garantirá local privativo para coleta do dado, liberdade para o participante não responder questões constrangedoras e pausas durante a coleta de dados. Ademais, a equipe de pesquisa estará atenta a sinais verbais e não-verbais de desconfortos do participante. Os benefícios estão relacionados ao diagnóstico do município, que será fundamental para a definição de políticas públicas e para a execução de ações e serviços de saúde pela Prefeitura Municipal de Alegre e pela UFES.

O (A) Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso se recuse, reforçamos que o seu atendimento pelo sistema de saúde não será influenciado ou não sofrerá qualquer tipo de alteração. Ademais, caso decida retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, o (a) Sr.(a) não mais será contatado(a) pelos pesquisadores.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade

ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador ou pelo serviço, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento. Ademais, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares, caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos e está assegurada a garantia de indenização.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar o(a) pesquisador(a) GENIVAL ARAUJO DOS SANTOS JÚNIOR nos telefones (28) 3552-8771 | (79) 99948-2287, ou endereço Alto Universitário, S/N Guararema, Alegre - ES, 29500-000. O (A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Campus de Alegre da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/Alegre/UFES) através do telefone (28) 3552-8771, e-mail cep.alegre.ufes@gmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do Campus de Alegre, Alto Universitário, s/n, caixa postal 16, Bairro Guararema, CEP 29.500-000, Alegre - ES, Brasil. O CEP/Alegre/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 11h.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Alegre/ES, _____ de _____ de 20 ____

Participante da pesquisa/Responsável legal



Impressão datiloscópica

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa "IMPLEMENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS PROVIDOS POR FARMACÊUTICOS EM SISTEMAS DE SAÚDE", eu, prof. Dr. Genival Araujo dos Santos Júnior, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Genival Araujo dos Santos Júnior

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento EQ-5D-3L para avaliação da QVRS (grupo EuroQol)

QUESTIONÁRIO _____ DATA: ___/___/___
ENTREVISTADO(A) _____

EQ-5D

Neste momento, queremos entender como está o seu estado de saúde atual. Eu vou ler três afirmações em cada questão e você deverá indicar qual delas melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

38A-Mobilidade

- 1 - Não tenho problemas em andar
- 2 - Tenho alguns problemas em andar
- 3 - Estou limitado a ficar na cama

38B-Cuidados Pessoais

- 1 - Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais, p. ex. me lavar ou vestir
- 2 - Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- 3 - Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)

38C-Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

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

38D- Dor/Mal-estar

- 1 - Não tenho dores ou mal-estar
- 2 - Tenho dores ou mal-estar moderados
- 3 - Tenho dores ou mal-estar extremos

38E-Ansiedade/Depressão

- 1 - Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- 2 - Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- 3 - Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

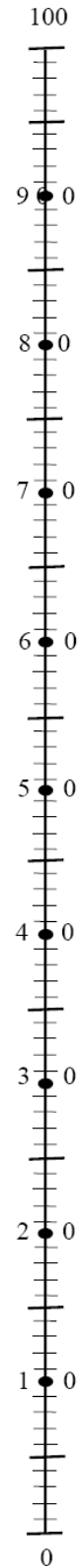
ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é, nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**.

**QUAL O SEU ESTADO
DE SAÚDE HOJE?
FAÇA UMA LINHA
SAINDO DESTA
QUADRO ATÉ A
ESCALA AO LADO**

O melhor estado de
saúde imaginável



O pior estado de
saúde imaginável