

AUTO PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA POR USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Milena Loiola Alves¹
Pollyana Brandão Gomes²
polly.matipo@gmail.com

Área do conhecimento: Ciências Humanas

RESUMO

O conceito de qualidade de vida é frequentemente relacionado ao bem estar e a autoestima, abrangendo aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, interação social, emocional, base familiar, saúde, estilo de vida, valores culturais como éticos e religiosos e a satisfação cotidiana. O objetivo da pesquisa foi avaliar a auto percepção da qualidade de vida dos usuários da atenção primária de saúde, baseado em domínios físicos e psicológicos, acompanhados das relações sociais e meio ambiente nos quais os sujeitos estão envolvidos e inseridos. Foi utilizada a aplicação de um questionário de base populacional denominado WHOQOL-bref. Os resultados demonstram que a qualidade de vida apresentou bons índices na população assistida pelo SUS. O WHOQOL-bref demonstrou ser de fácil aplicação e apesar das dificuldades enfrentadas pelo SUS, a percepção de qualidade de vida das pessoas que foram submetidas ao questionário demonstrou ser positivas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; WHOQOL-bref; Estratégia de Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

A denominação qualidade de vida tem sido alvo de vários estudos dos últimos anos, nas mais variadas áreas de conhecimento, e vem recebendo diferentes denominações, variando em qual época e em qual contexto são utilizadas. Durante muito tempo, o conceito de qualidade de vida estava relacionado ao poder aquisitivo e a condição de vida que lhe era proporcionado, no entanto, com o passar dos anos e os avanços das pesquisas, foi indicado que esse conceito era insuficiente (CRUZ, COLLET e NÓBREGA, 2018).

¹Graduanda em Psicologia/ Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – MATIPÓ.

²Psicóloga (UNEC), Especialista em Educação Especial, Saúde Mental, Docência do Ensino Superior, Psicanálise (FACEC, UCAM, UNIVÉRTIX, FUTURA), Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (EMESCAM) professora do Curso de Psicologia e Educação Física Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó.

Desde meados da década de 50, quando se iniciou o aumento da expectativa de vida populacional devido ao avanço da ciência e de pesquisas, o conceito de qualidade de vida foi ampliado e passou por alterações, sendo o indivíduo relacionado à sua condição de saúde, bem como a outras dimensões da sua vida (OMS, 2002).

Pereira, Teixeira e Santos (2012) afirmam a existência de uma crescente preocupação com a qualidade de vida no meio das ciências biológicas e humanas para valorização de controle de sintomas, diminuição da mortalidade, ou aumento da expectativa de vida. Sendo assim, muitos autores abordam qualidade de vida como sinônimo de saúde, outros consideram que a saúde deve ser considerada um aspecto dos aspectos da qualidade de vida.

Para Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005), o conceito de qualidade de vida é frequentemente relacionado ao bem estar e a autoestima, abrangendo aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, interação social, emocional, base familiar, saúde, estilo de vida, valores culturais como éticos e religiosos e a satisfação cotidiana.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (1948), saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também inclui o bem-estar físico, mental e social. Nos últimos anos ressalta-se o uso da qualidade de vida como um conceito importante na prática de cuidados e pesquisa na área da saúde.

A partir da Constituição de 1988, a saúde no Brasil passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado, instituindo-se a Lei número 8.080/1990 (PAIM, 2009).

Na área da saúde pública a promoção de saúde vem ganhando espaço. As diferentes classes sociais, a qualidade de vida e a saúde estão se aproximando e colocando a discussão sobre promoção de saúde como elemento central. O foco não é apenas reduzir o risco de doenças, mas também aumentar os índices de saúde e qualidade de vida, gerando um processo multidisciplinar e intersetorial, sobre os determinantes do processo saúde/enfermidade. Causando um recente interesse para mensuração nas políticas públicas, por ser a qualidade de vida uma importante medida de impacto de saúde (SEIDL e ZANNON, 2004).

Diante dos fatos apresentados, este trabalho tem por objetivo avaliar a auto percepção da qualidade de vida dos usuários da atenção primária de saúde, baseado em domínios físicos e psicológicos, acompanhados das relações sociais e meio ambiente nos quais os sujeitos estão envolvidos e inseridos.

Trabalhos como este são importantes para a compreensão de fatores que envolvem a qualidade de vida, sendo possível inferir sobre os resultados encontrados buscando uma produção de práticas que visem melhorias na promoção, prevenção e recuperação de saúde das redes de atenção primária.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A definição de qualidade de vida, de acordo com Seidl e Zannon (2004), tem sido alvo de diversas pesquisas, como também o uso de instrumentos para uma medida quantitativa. Essa denominação apresenta característica subjetiva, logo, depende da percepção de cada indivíduo sobre o seu estado e de diferentes dimensões de vida que se possui.

Os instrumentos para medir a qualidade de vida podem ser divididos em: genéricos e específicos. Os genéricos são usados para avaliar a qualidade de vida da população no geral, normalmente com o uso de questionários de base populacional, sem especificar doenças, sendo mais utilizado para estudo epidemiológico, planejamento e também avaliar o sistema de saúde (PATRICK e DEYO, 1989). Os específicos tem capacidade de avaliar, individualmente e especificamente, alguns aspectos de qualidade de vida, sendo mais capaz de detectar melhores ou piores aspectos, tendo como principal característica medir modificações, decorrente de história natural ou por intervenção, podendo apresentar de forma específica para uma população, doença ou determinada situação (COONS *et al.*, 2000).

É importante medir a qualidade de vida, pois ela é sinal de impacto de doenças crônicas, pois medidas fisiológicas fornecem dados para os clínicos. Outra razão que se pode citar é a observação que pacientes com mesmos critérios, respondem de forma diferente a um tratamento igual. Ainda podemos acrescentar exigências tecnológicas na área da saúde que avaliam eficácia, o custo/benefício,

efetividade, benefícios, que são associados a custos maiores na saúde (NETO e FERREIRA, 2003).

Outro conceito de qualidade de vida é ligado à saúde, sendo considerado um valor atribuído à vida, que pode ser ponderado por deterioração funcional, percepção da saúde, função social, psicológica e física que é induzida por doença e danos causados por ela e tratamentos, bem como a organização da política e economia do sistema de assistência (CAMPOS e NETO, 2008).

A promoção de saúde ganhou destaque com a 1ª Conferência Internacional de Saúde em 1986, a carta de Ottawa criada pelos fundadores desse evento, denomina a promoção de saúde como: qualidade de vida, saúde, equidade, participação, dentre outras. Também faz referência à responsabilidade mútua, através de ações do Estado, comunidade, sistema de saúde, e parcerias em setores diferentes (WHO, 1986).

Os princípios do SUS são universalidade, gratuidade, integralidade e descentralização e está dividido em três níveis, do maior para o menor em questão de complexidade. O nível terciário envolve procedimentos de alta complexidade com elevado custo, o nível secundário atendem agravos a doenças com especialistas e o nível primário, também chamado de Atenção Básica, que atendem a procedimentos mais simples que resolvem a maioria dos problemas comumente encontrados na população, sendo também a porta de entrada da pessoa no sistema de saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica iniciou a cerca de uma década denominada como ESF, Estratégia de Saúde da Família, promovida pelo Ministério da Saúde. Os profissionais que a defendem afirmam que ocorreu uma transformação do modelo individualista em modelo de saúde coletiva. Scarcelli e Junqueira (2011), não concordam com esse sistema, afirmam que causa retrocesso, pois centraliza o cuidado com aspectos biológicos por ser composta por médicos, enfermeiros, ACS, e os outros profissionais ficaram como apoiadores no Núcleo de Apoio a Saúde (NASF).

Um estudo realizado por Cintra e Bernardo (2017) na Atenção Básica do SUS, afirma que a participação dos psicólogos que ali trabalhavam não limitam suas ações de trabalho apenas para trabalhos clínicos rotineiros, mas também realizando

atividades com outros grupos em reuniões em escolas, outros profissionais e em visitas domiciliares. Essas práticas são importantes para uma atuação contextualizada, não se limitando a uma medida apenas curativa e individualizante, deixando claro o impacto positivo dessa maneira de atuar.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipos de pesquisa

A pesquisa é caracterizada por um estudo qualitativo e quantitativo. De acordo com Fonseca (2002, p.20):

Na pesquisa quantitativa os dados da pesquisa podem ser quantificados, centrando-se na objetividade, considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos através de instrumentos padronizados e neutros.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com a representação numérica, e sim com a compreensão de um determinado grupo, sendo que o pesquisador não pode fazer julgamentos, nem permitir que preconceitos e crenças interfiram na pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p.34).

3.2 Técnicas de Coleta de Dados

Os dados qualitativos foram coletados através do método de observação, realizado em 10 encontros, totalizando 40 horas de observação no período de agosto a outubro e os dados quantitativos foram coletados através de um questionário, aplicado no período de 08/10/2019 e 09/10/2019 chamado WHOQOL-bref, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS pelo Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-GROUP). Este possui 26 perguntas, para cada pergunta há apenas uma alternativa.

Os questionários foram aplicados por um único pesquisador e os indivíduos foram abordados durante a procura de atendimento na ESF, os mesmos não foram retirados das suas consultas para a realização do estudo.

Quando se utiliza o método de observação o investigador atua apenas como expectador de fenômenos ou fatos, mas sem realizar qualquer tipo de intervenção

que possa interferir nos resultados, podendo realizar medições e análises (SILVA, 2004).

A aplicação desse tipo de questionário permite a ampla avaliação de diferentes aspectos referentes à qualidade de vida do indivíduo, podendo ser utilizado em qualquer população, mas não é capaz de detectar alguns aspectos determinados particulares ou específicos de pacientes com determinada enfermidade (NETO, FERREIRA, 2003).

3.3 Descrições dos Dados

Os dados qualitativos foram discutidos através do método descritivo, onde buscou descrever os encontros e as observações feitas no serviço. Os dados quantitativos foram analisados através análise descritiva dos dados.

3.4 Locais da Pesquisa e sujeitos envolvidos

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde localizada na Zona da Mata Mineira. Os sujeitos envolvidos no estudo foram 10 usuários do serviço, de faixa etária maior que 18 anos.

O PSF é um modelo de assistência à saúde, que desenvolve ações de promoção de saúde do indivíduo, na família, e comunidade em uma unidade local.

O PSF no qual o estudo foi realizado está localizada no centro da cidade, onde alguns profissionais especializados atendem periodicamente. Também são feitas vacinações nesse local. É um ambiente com muitas salas, apesar de que esteticamente tem suas precariedades.

Em relação ao atendimento psicológico foi observada como dificuldades a falta de um local apropriado, falta de instrumentos como testes e brinquedos para a ludoterapia, além de uma desvalorização da profissão que parte até mesmo dos pacientes que marcam e não aparecem para atendimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desde quando foram criados os instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref passaram a ser usados em uma série de populações com as suas diversas peculiaridades (PEDROSO *et al.*, 2010).

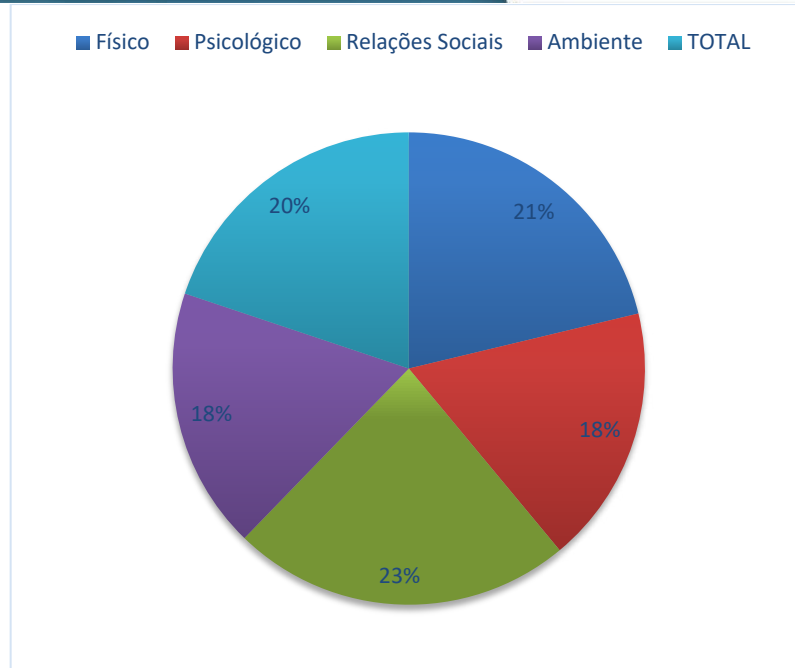
Após a realização de um estudo preliminar, utilizou-se o questionário WHOQOL-bref, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS pelo Centro Brasileiro do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (GROUP-WHOQOL, 2008).

Esse questionário possui como domínio físico, psicológico, relação social e meio ambiente, que a partir dessas facetas foram desenvolvidas 26 questões, sendo que duas questões é sobre à auto avaliação da qualidade de vida, adaptadas pelo Grupo WHOQOL (1998), que podem ser encontradas no quadro no anexo 1.

Foi verificado para a veracidade da pesquisa se todas as questões foram respondidas com valores entre 1 a 5, inverter todas as questões cujas respostas eram invertidas, os escores são calculados pela soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio, cada domínio é composto por até 7 questões que só será calculado se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois, e no domínio com mais de 7 questões só é calculado se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três, o resultado é calculado e apresentado na forma de escala de 4 a 20, os escores dos domínios são convertidos em uma escala de 0 a 100, os respondentes que deixaram de responder ou responderam incorretamente mais do que seis questões foram excluídos das amostras (PEDROSO, GUTIERREZ , PININCIN, 2016).

Através da aplicação dos questionários foi possível fazer a coleta e as tabulações com os resultados, que foram obtidos e através da divisão dos domínios foram apresentados no gráfico a seguir:

Figura 1: Resultados tabulados por domínios obtidos através de usuários de ESF. Matipó-MG. 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foi possível observar que o ambiente (58,93%) e o psicológico (58,33%) em que a população julga viver apresentaram notas menores que o meio físico (70%) e as relações sociais (76,67%). O que demonstram um déficit de condição econômica e de índices como sentimentos como ansiedade e depressão que podem ser incluídos nesses parâmetros.

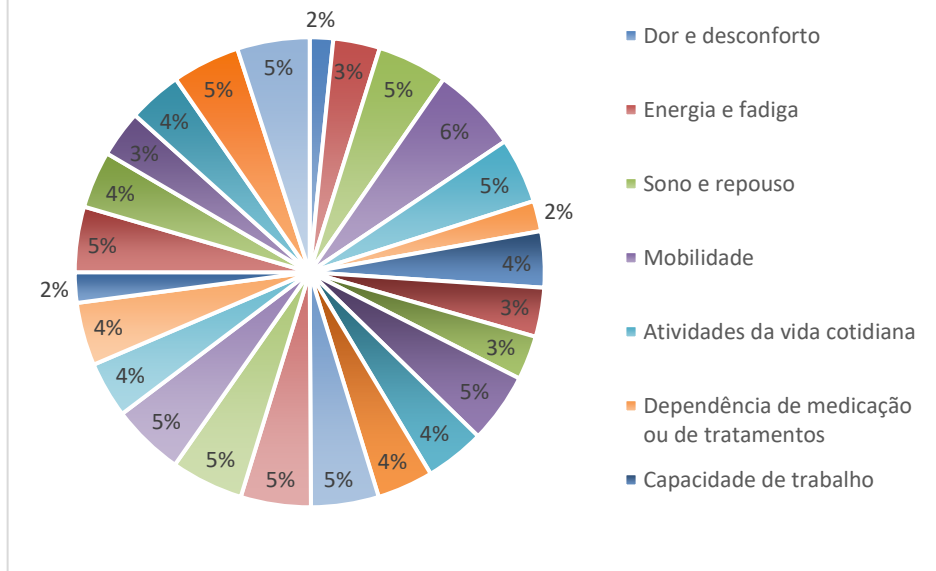
Castiel (1995), afirma que o julgamento econômico em relação à qualidade de vida não pode ser ético. Devendo desconsiderar o econômico no processo de escolhas, sobretudo em saúde, onde a tendência dos custos é sempre crescente.

Rios, Barbosa e Belasco (2010), relacionam o baixo índice de domínio ambiente ao trabalho desgastante, a submissão hierárquica e ainda a fragilidades do paciente.

O gráfico a seguir representa os resultados tabulados por perguntas, sendo mais detalhado que o anterior:

Figura 2: Resultados tabulados por questões obtidos através de usuários de ESF. Matipó-MG. 2019.

RESULTADOS TABULADOS POR PERGUNTAS



Fonte: Elaborado pelos autores

É evidenciado a partir desses dados que 25% apenas sofrem com algum tipo de dor ou desconforto, 32,5% sofrem com a dependência de algum medicamento e 60% sofrem com sentimentos negativos.

Apesar dos recursos financeiros serem baixos (32,5%), o cuidado com a saúde se mostrou eficaz com 70%, demonstrando uma efetividade razoável do SUS. A auto avaliação da qualidade de vida, também apresentou bom índice 77,5%, demonstrando que a população evoluiu em alguns quesitos.

Seidl e Zannon (2004) ressaltam que a promoção de saúde promove a qualidade de vida e reduz os riscos de enfermidade, além de evitar doenças há prolongamento da vida.

Saupe *et al.* (2004), em seu estudo afirmam que os resultados obtidos através do WHOQOL-bref se dão devido a insegurança e incertezas que a sociedade brasileira vive atualmente. O que quer indicar é que aspectos como segurança, recursos financeiros, oportunidades, desgaste físico e reconhecimento no trabalho acabam interferindo na qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida, principalmente para realização de intervenções ou na avaliação de políticas públicas.

O instrumento WHOQOL-bref é de fácil aplicação e eficiente para indicar/acompanhar a qualidade de vida.

Apesar dos grandes impasses e dificuldades que o SUS apresenta a maior parte dos entrevistados informação ter acesso à saúde e cuidar da mesma. A qualidade da vida, apesar de ser difícil de ser mensurada e avaliada, a auto avaliação da população em estudo, demonstrou um bom índice.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.

CAMPOS, M.O.; NETO, J.F.R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública.** Bahia, v.32, n.2, p.232-240, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E>. Acesso em: 25. Out.2019.

CINTRA, M. S. BERNARDO, M.H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão.** São Paulo, v.37, n.4, p.883-896, out/dez, 2017. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO_EV057_MD4_SA17_ID1920_07092016185327. Acesso em: 25. Out.2019.

CRUZ, D.S.M.; COLLET, N.; NÓBREGA, V.M. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1-revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva.** João Pessoa, Paraíba, v.23, n.3, p. 973-989, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/973-989/>. Acesso em: 25. Out. 2019.

COONS, S.J.; RAO, S.; KEININGER, D.L.; HAYS, R.D.A comparative review of generic quality of life instruments. **Pharmaco economics.** USA, v.17, n.1, p.13-35, 2000. Disponível em: <https://www.elevhalsan.se/cldocpart/2506>. Acesso em: 25. Out. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.
GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

NETO, J.F.R.; FERREIRA, C. G. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. **REV. MED. MINAS GERAIS.** Minas Gerais, v. 13, n.1, p.42-46, 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2011/03/PREVAL%C3%8ANCIA-DE->

QUEDAS-E-FATORES-ASSOCIADOS-EM-IDOSOS-NA-CIDADE-DE-JUIZ-DE-FORA-MINAS-GERAIS. Acesso em: 25. Out.2019.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%0 parte_001. Acesso em: 25. Out. 2019.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.27-37, 2009.

PATRICK, D.L.; DEYO, R.A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **MedCare**. Washington, v.27, n.3, p. 5217-5232, 1989. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2646490>. Acesso em: 25. Out.2019.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade De Vida**. Ponta Grossa, Paraná, v.2, n.1, p. 31-36, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>. Acesso em: 25. Out. 2019.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís.** São Paulo, v.26, n.2, p.241-250, abr./jun.2012.

RIOS, K.A.; BARBOSA, D.A.; BELASCO, A.G.S. Avaliação da qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.413-420, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 out. 19.

SAUPE, R. *et al.* Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.636-642, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692004000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 out. 19 .

SCARCELLI, I.R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. V. 31, n.2, p.340-375, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932011000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25. Out. 2019.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Públi**.V.20, n.2, p.580-588,mar/abr., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25. Out. 2019.

SILVA, Cassandra Ribeiro de O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE, Editora da UFC, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000200027&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25. Out.2019.

VECCHIA, R.D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.** CIDADE, v.8, n.3, p. 246-252, 2005. Disponível em: <http://joinville.ifsc.edu.br/~debora/PAC/Metodologia%20e%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Projeto%20de%20Pesquisa%20CEFET%20CE>. Acesso em: 25. Out. 2019.

WHO. Carta de Ottawa. Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção de saúde: Cartas de Ottawa**. Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, p. 11-18, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao. Acesso em: 25. Out. 2019.

WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). **Faculdade de Medicina da UFRGS**, 1998. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>. Acesso em: 20 out. 2019.