

Avaliação da qualidade de vida em portadores de doenças crônicas no sul do Brasil

Quality of life evaluation in patients with chronic diseases in southern Brazil

DOI: 10.34117/bjdv8n5-506

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Bruna Scherer Seibert

Mestranda em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: brunaseibert@feevale.br

Lucas Franzoni

Acadêmico do Curso de Medicina pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: 0241003@feevaleedu.onmicrosoft.com

Juliana Raquel Raasch

Mestre em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: julianaraquel.nh@gmail.com

César Augusto Miorelli Campos

Mestre em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: cesarmiorelli@yahoo.com.br

Tainara Gomes Vargas

Mestre em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: tainara@estudiodocorpo.com

Larissa Selbach Dries

Mestre em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: larissa_sd@hotmail.com

Magda Susana Perassolo

Docente do Mestrado Acadêmico em Toxicologia e Análises Toxicológicas da
Universidade Feevale

Instituição: Universidade Feevale

Endereço: Campus II, RS 239, 2755- CEP: 93352-000, Novo Hamburgo (RS)- Brasil

E-mail: magdaperassolo@feevale.br

RESUMO

Este artigo avalia a qualidade de vida (QV) em portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Vale do Sinos, sul do Brasil, e verifica quais os fatores que interferem na sua QV. Foi realizado um estudo transversal com portadores de DCNT, avaliando dados referentes às características gerais, sócio-demográficas e clínicas. A QV foi avaliada pelo Whoqol- Bref, a adesão à farmacoterapia através da escala de Morisky-Green (MG) e Brief Medication Questionnaire (BMQ) e a atividade física através do questionário Internacional de Atividade Física (IPAC) versão curta. Foram avaliados 229 portadores de DCNT (191 mulheres e 38 homens, com 62 ± 11 anos). A maioria dos pacientes era não tabagista (83,41%), não etilista (99,13%), irregularmente ativos A e B (27,6; 26,3% respectivamente) e apresentavam sobrepeso (41,5%). Os escores de QV foram maiores no domínio psicológico ($17,6 \pm 3,06$) e menores no domínio meio ambiente ($14,05 \pm 2,29$). Quanto à adesão à terapia medicamentosa no teste de MG, 56,2% foram classificados como não aderentes, sendo 31,6% não aderentes intencionais. Em relação ao BMQ evidenciou-se um equilíbrio entre provável adesão e baixa adesão (27,5%). Observou-se correlação positiva entre a prática de atividade física e os escores de QV. Neste estudo a prática de atividade física representou significativamente uma melhora nos domínios de qualidade de vida, trazendo à tona a importância de hábitos de vida mais saudáveis.

Palavras-chave: qualidade de vida, doenças crônicas, adesão à terapia medicamentosa, atividade física.

ABSTRACT

This article assesses quality of life (QOL) in patients with chronic non-communicable diseases (CNCDS) in Sinos' Valley, southern Brazil, and verifies which factors interfere with their QOL. A cross-sectional study was carried out with patients with NCDs, evaluating data related to general, socio-demographic and clinical characteristics. QoL was assessed by Whoqol-Bref, adherence to pharmacotherapy using the Morisky-Green scale (MG) and Brief Medication Questionnaire (BMQ) and physical activity using the International Physical Activity Questionnaire (IPAC) short version. 229 NCD patients were evaluated (191 women and 38 men, aged 62 ± 11 years). Most patients were non-smokers (83.41%), non-alcoholics (99.13%), irregularly active A and B (27.6; 26.3% respectively) and overweight (41.5%). QoL scores were higher in the psychological domain (17.6 ± 3.06) and lower in the environment domain (14.05 ± 2.29). As for adherence to drug therapy in the MG test, 56.2% were classified as non-adherent, with 31.6% being intentional non-adherent. In relation to the BMQ, a balance was found between probable adherence and low adherence (27.5%). There was a positive correlation between physical activity and QOL scores. In this study, the practice of physical activity represented a significant improvement in the domains of quality of life, highlighting the importance of healthier lifestyle habits.

Keywords: quality of life, chronic diseases, drug therapy adherence, physical activity.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. As DCNT constituem um problema de saúde de grande magnitude bem como uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, uma vez que possuem potencial para limitar a capacidade de viver bem, reduzir a condição funcional, a produtividade e afetar diretamente na qualidade de vida (QV) dos pacientes. Doentes crônicos requerem tratamento contínuo, e o adequado controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente à sua terapia (1-3).

A prevalência de pacientes portadores de DCNT vem sofrendo um acréscimo significativo. Observa-se também o aumento na sobrevivência de pessoas convivendo com alguma condição crônica resultante da redução da letalidade de certas doenças, sendo esta situação consequente do desenvolvimento de diversas tecnologias e avanço da medicina. Com isto, a expectativa de vida dos pacientes tem aumentado, e junto dele a necessidade de um manejo mais adequado para cada paciente, assegurando qualidade a esses anos a mais de vida (4).

A percepção que o próprio paciente possui acerca da patologia que o acomete, bem como a vivência da cronicidade, reflete diretamente na sua QV. A QV é um conceito multidimensional, composto por aspectos subjetivos e objetivos, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. Com isso, faz-se necessária uma atenção multifocal aos pacientes, auxiliando-lhes na busca de adaptações à condição de portador de uma patologia crônica (5).

Apesar do rápido crescimento e relevância das DCNT, o seu impacto pode ser revertido por meio de intervenções amplas de promoção à saúde para redução de seus fatores de risco. A QV destes pacientes possui um fator chave na busca de estratégias para a redução da prevalência de fatores de risco envolvidos na cronicidade da doença, relacionadas às mudanças de estilo de vida (1).

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar a QV em portadores de DCNT do Vale do Sinos, sul do Brasil e verificar quais os fatores que interferem na sua QV.

2 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com portadores de DCNT da região do Vale do Sinos, sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no Centro Integrado de Especialidades em Saúde (CIES) da Universidade Feevale (Novo Hamburgo) no período de 2017 a 2019. Foram avaliados 229 pacientes portadores de DCNT, maiores de 18 anos e que responderam por completo aos questionários: aspectos sócio-demográficos, QV, adesão à terapia medicamentosa e atividade física. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Feevale (CAAE nº 62834916.0.0000.5348) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram avaliadas as seguintes características sociodemográficas dos pacientes: sexo, idade, escolaridade, renda mensal familiar, doenças e medicamentos utilizados. Dados sobre peso, altura e pressão arterial foram verificados nos prontuários dos pacientes.

A QV foi avaliada através do questionário WHOQOL-BREF versão abreviada do WHOQOL-100. Composta por 26 itens e organizada em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo uma faceta sobre QV geral. Cada interface foi avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, exceto a faceta sobre QV geral, que foi avaliada através de dois itens, um correspondente à QV em geral e outro sobre a percepção da saúde como um todo. As pontuações de cada domínio e o total foram transformadas numa escala de 0 a 20, onde os maiores escores indicam melhor QV (6).

A adesão ao tratamento medicamentoso foi analisada através da escala de Morisky-Green (MG) e do Brief Medication Questionnaire (BMQ). A escala de MG inclui quatro perguntas dicotômicas e verificou a condição dos pacientes e a sua atitude em relação ao uso dos medicamentos. As perguntas foram pontuadas de acordo com as respostas, atribuindo um valor de 1 para "NÃO" e 0 para "SIM". Os pacientes foram classificados como aderentes (pontuação igual a 4) e não aderentes (pontuação entre 0 e 3). Os pacientes considerados não aderentes e que apresentaram resposta afirmativa nas questões 3 ou 4 foram classificados como não aderentes intencionais; possuindo estas duas questões negativas, foram classificados em não aderentes não intencionais (7). O BMQ é dividido em três domínios que identificam as barreiras de adesão em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. O primeiro domínio avaliou o comportamento do paciente em relação à adesão ao regime do tratamento prescrito; o segundo domínio avaliou a crença do paciente na eficácia do tratamento e opiniões sobre

os efeitos colaterais indesejados; e o terceiro domínio identificou problemas em relação à recordação em administrar os medicamentos. A adesão ao tratamento foi analisada de duas formas: pela pontuação encontrada nos três domínios (pontuação maior ou igual a um em qualquer domínio indicou potencial para não adesão ao tratamento); e pelo escore total do questionário (nenhuma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam, respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento) (8).

A atividade física foi avaliada através do questionário Internacional de Atividade Física (IPAC) versão curta, sendo os participantes do estudo classificados como muito ativos, ativos, irregularmente ativos e sedentários.

As doenças foram classificadas de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-11) (9). Os medicamentos utilizados pelos pacientes foram categorizados conforme os padrões Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) (10).

Os resultados foram analisados no programa estatístico SPSS® 25.0. A comparação entre os grupos foi realizada através do teste t de Student e a relação entre as variáveis através da correlação de Pearson, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Foram avaliados 229 pacientes portadores de DCNT da região do Vale do Sinos. Dentre estes pacientes a predominância foi do sexo feminino (83,14%), com idade média de 62 ± 11 anos, sendo a maioria pertencente à faixa etária de 60 a 69 anos. A maioria dos participantes cursou o ensino fundamental incompleto, com renda familiar de 1,5 a 3 salários mínimos. Observou-se a predominância de não tabagistas (83,41%) e não alcoolistas (99,13%). Em relação ao índice de massa corporal (IMC), as mulheres apresentaram valores maiores em relação aos homens ($28,5 \pm 5,4$ kg/m² vs $26,6 \pm 3,9$ kg/m², respectivamente, $p = 0,036$). Referente à atividade física, os participantes foram classificados em sua maioria como irregularmente ativos A e B (27,6%; 26,3%, respectivamente). Verificou-se que os homens caminham mais vezes na semana em relação às mulheres ($4 \pm 2,77$ dias vs $3 \pm 2,6$ dias, respectivamente, $p = 0,024$) (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica e clínica dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis do Vale do Sinos, sul do Brasil.

Variáveis		n (%)		
		Todos	Homens	Mulheres
Sexo		229	38 (16,6%)	191 (83,4%)
Idade	Média ± DP	62 ± 11	60 ± 15	62 ± 10
	20 – 29	3 (1,31)	2 (5,26)	1 (0,52)
	30 – 39	5 (2,18)	2 (5,26)	3 (1,57)
	40 – 49	20 (8,73)	3 (7,89)	17 (8,90)
	50 – 59	63 (27,51)	12 (31,58)	51 (26,70)
	60 – 69	78 (34,06)	6 (15,79)	72 (37,70)
	70 – 79	52 (22,71)	11 (28,95)	41 (21,47)
	80 – 89	8 (3,49)	2 (5,26)	6 (3,14)
Escolaridade	Analfabeto	1 (0,44)	1 (2,6)	0
	Fundamental Incompleto	132 (57,62)	19 (50)	113 (59,2)
	Fundamental	35 (15,28)	4 (10,5)	31 (16,2)
	Médio Incompleto	16 (6,99)	2 (5,3)	14 (7,3)
	Médio	38 (16,59)	9 (23,7)	29 (15,2)
	Superior Incompleto	3 (1,31)	2 (5,3)	1 (0,5)
Renda Familiar (salários mínimos)	Superior	4 (1,75)	1 (2,6)	3 (1,6)
	≤1	94 (41,05)	7 (18,4)	87 (45,5)
	1,5 a 3	120 (52,40)	23 (60,35)	97 (50,7)
Tabagista	>3	15 (6,55)	8 (21)	7 (3,5)
	Sim	21 (9,17)	4 (10,5)	17 (8,9)
	Não	191 (83,41)	30 (78,9)	161 (84,3)
Etilista	Ex- Fumante	17 (7,42)	4 (10,5)	13 (6,8)
	Sim	1 (0,44)	1 (2,6)	0
	Não	227 (99,13)	36 (94,7)	191 (100)
IMC *	Ex- Etilista	1 (0,44)	1 (2,6)	0
	Média ± DP	28 ± 5	27 ± 4**	30 ± 5**
	Baixo Peso	1 (0,44)	0	1 (0,53)
	Peso Normal	57 (24,89)	13 (34,21)	45 (23,56)
	Sobrepeso	95 (41,48)	18 (47,37)	77 (40,31)
	Obesidade Grau I	55 (24,02)	6 (15,79)	49 (25,65)
	Obesidade Grau II	16 (6,99)	0	16 (8,38)
Obesidade Grau III	4 (1,75)	1 (2,63)	3 (1,57)	
Pressão arterial sistólica	Média ± DP	122,87±14,21	122,68±11,7	123,57±12,41
Pressão arterial diastólica	Média ± DP	78,23±11,5	80±6,15	79,96±9,22
Número de DCNT por paciente	Média ± DP	2,2 ± 1,2	2 ± 1,1	2,3 ± 1,2
	1 – 2	136 (59,39)	24 (63,16)	112 (58,64)
	3 – 4	82 (35,81)	14 (36,84)	68 (35,60)
	5 – 6	11 (4,80)	0	11 (5,76)
Número de medicamentos utilizados por pacientes	Média ± DP	3,2 ± 2	2,9 ± 1,8	3,3 ± 1,2
	1 – 3	140 (61,14)	24 (63,16)	116 (60,73)
	4 – 6	74 (32,31)	12 (31,58)	62 (32,46)
	7 – 9	11 (4,80)	2 (5,26)	9 (4,71)
	10 – 12	4 (1,75)	0	4 (2,09)
Atividade Física (IPAC)	Sedentário	43 (18,8)	7 (18,4)	36 (18,8)
	Irregularmente ativo A	63 (27,6)	8 (21,6)	55 (28,8)
	Irregularmente Ativo B	60 (26,3)	10 (27)	50 (26,2)
	Ativo	53 (23,2)	10 (27)	43 (22,5)
	Muito Ativo	9 (3,9)	2 (5,3)	7 (3,7)

* A classificação de IMC se caracteriza respectivamente nas faixas de: até 18,4; 18,5-24,9; 25,0-29,9; 30,0-34,9; 35,0-39,9; acima de 40 kg/m². ** Diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres.

A maioria dos participantes apresentou 1 a 2 doenças, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de depressão e dislipidemia as mais prevalentes. Os pacientes usavam de 1 a 12 medicamentos, sendo a maioria de 1 a 3 fármacos por paciente. Os medicamentos mais utilizados foram sinvastatina, fluoxetina e losartana (tabela 2).

Tabela 2 – Doenças e medicamentos mais prevalentes em portadores de doenças crônicas não transmissíveis do Vale do Sinos, sul do Brasil.

	CID-11	Todos	Homens	Mulheres	
Doenças mais prevalentes	HAS*	BA00.0	130(56,8)	21 (55,3)	109 (57,1)
	Depressão	6A70	89 (38,9)	15 (39,5)	74 (38,7)
	Dislipidemias	5C8Z	77 (33,6)	16 (42,1)	61 (31,9)
	Diabetes	5A14	44 (19,2)	6 (15,8)	38 (19,9)
	Osteoporose	FB83.1Z	35 (15,3)	1 (2,6)	34 (17,8)
	Artrite/artrose	FA2Z/ FA0Z	35 (15,3)	1 (2,6)	34 (17,8)
	Hipotireoidismo	5A00Z	32 (14)	5 (13,2)	27 (14,1)
	Fibromialgia	MG30.01	11 (4,8)	0	11 (5,8)
	Dor na coluna	ME84.Z	10 (4,4)	3 (7,9)	7 (3,7)
	Arritmia cardíaca	BC92	7 (3,1)	2 (5,3)	5 (2,6)
	Grupo Anatômico**				
Medicamentos mais utilizados	Sinvastatina	C	72 (31,4)	12 (31,6)	60 (31,4)
	Fluoxetina	N	68 (29,7)	10 (26,3)	58 (30,5)
	Losartana	C	62 (27,1)	8 (21,1)	54 (28,3)
	Hidroclorotiazida	C	56 (24,5)	5 (13,2)	51 (26,7)
	Omeprazol	A	43 (18,8)	11 (28,9)	32 (16,8)
	Glico + Condroitina***	M	35 (15,3)	0	33 (17,3)
	Metformina	A	35 (15,3)	7 (18,4)	28 (14,7)
	Antiinflamatórios	-	29 (12,7)	4 (10,5)	25 (13,1)
	Atenolol	C	23 (10)	0	21 (11)
	Levotiroxina	H	23 (10)	4 (10,5)	19 (9,9)
	Ácido Acetilsalicílico	B	23 (10)	4 (10,5)	19 (9,9)
	Alendronato	-	21 (9,2)	0	0

*HAS: Hipertensão arterial sistêmica. ** Os grupos anatômicos correspondem respectivamente à: C- Sistema Cardiovascular; N- Sistema Nervoso; A- Trato alimentar e metabolismo; M- Sistema músculo-esquelético; H- preparações hormonais sistêmicas, excl. hormônios sexuais e insulinas; B- Órgãos formadores de sangue.*** Sulfato de Glicosamina + Sulfato de Condroitina.

A QV dos pacientes portadores de DCNT apresenta maiores escores no domínio psicológico ($17,6 \pm 3,06$) e escores mais baixos no domínio meio ambiente ($14,05 \pm 2,29$). Com estes resultados evidencia-se um baixo escore também na QV global ($13,97 \pm 3,10$). Os homens apresentaram maiores escores de QV no domínio físico ($p=0,024$) (tabela 3).

Tabela 3 – Escores da qualidade de vida em portadores de doenças crônicas não transmissíveis da região do Vale do Sinos, sul do Brasil.

Qualidade de Vida - WHOQOL - BREF				
	Todos (n=229)	Homens (n=38)	Mulheres (n=191)	p
D1-físico	15,15 ± 3,38	16,28 ± 3,06	14,93 ± 3,41	0,024
D2- psicológico	17,6 ± 3,06	18,02 ± 2,93	17,51 ± 3,08	0,354
D3-social	14,91 ± 2,47	15,16 ± 3,09	14,86 ± 2,33	0,501
D4-meio ambiente	14,05 ± 2,29	14,59 ± 2,23	13,94 ± 2,29	0,110
QV global	13,97 ± 3,10	14,16 ± 3,06	13,94 ± 3,12	0,690

*QV: qualidade de vida. Os valores de p se referem à diferença entre homens e mulheres.

De acordo com o teste de MG, 56,2% dos pacientes não aderem ao tratamento. Quanto à intencionalidade, 31,6% demonstram não aderirem ao tratamento de forma intencional. Verifica-se também que a pergunta com o maior número de respostas afirmativas é referente ao descuido de tomar a medicação, seguida da questão de lembrar-se de tomar a medicação. No BMQ encontraram-se proporções equilibradas de provável adesão e baixa adesão (27,5% cada). A principal barreira encontrada foi a de recordação. Ainda, se percebe que os homens apresentam uma tendência de melhor adesão ao tratamento, já as mulheres possuem uma alta variação referente à adesão ao tratamento (tabela 4).

Tabela 4 – Adesão ao tratamento farmacoterapêutico dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis da região do Vale do Sinos, sul do Brasil.

<i>Morisky Green</i>	Sim	Sim	Sim
Questões	Todos	Homens	Mulheres
1 - Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?	71 (30,1)	8 (21,1)	63 (31,9)
2 – Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento?	79 (33,6)	9 (23,7)	70 (35,6)
3 - Quando está se sentindo melhor, você às vezes, para de tomar seu medicamento?	47 (19,9)	7 (21,1)	40 (19,7)
4 – Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?	51 (21,2)	9 (23,7)	42 (20,7)
Classificação da adesão			
Aderente	69 (43,8)	13 (34,2)	56 (29,8)
Não Aderente	160 (56,2)	25 (65,8)	135 (70)
Intencionalidade			
Intencional	71 (31,6)	14 (36,8)	57 (30,5)
Não intencional	59 (26,2)	5 (13,2)	54 (28,9)
Escore BMQ			
Regime (escore)			
0	148 (64,6)	25 (65,8)	123 (64)
≥1	81 (35,4)	13 (34,2)	68 (36)
Crenças (escore)			
0	173 (75,3)	32 (84,2)	141 (73,5)
≥1	56 (24,7)	6 (15,8)	50 (26,5)
Recordação (escore)			
0	74 (31,7)	17 (44,7)	57 (29,1)
≥1	155 (68,3)	21 (55,3)	139 (70,9)
Classificação da adesão			

Adesão	46 (20,1)	11 (28,9)	35 (18,3)
Provável adesão	63 (27,5)	12 (31,6)	51 (26,7)
Provável baixa adesão	57 (24,9)	6 (15,8)	51 (26,7)
Baixa adesão	63 (27,5)	9 (23,7)	54 (28,3)

Dados expressos em número e porcentagem.

Foram avaliadas as correlações entre atividade física e QV. Observou-se correlação positiva entre caminhadas por pelo menos 10 minutos na semana e os domínios psicológico, social, meio ambiente e QV geral; além de correlação positiva entre atividades moderadas exercidas por semana e os domínios psicológico, meio ambiente e QV global. O número de dias de atividades mais vigorosas também se correlacionou com os domínios físico, psicológico e meio ambiente (tabela 5).

Tabela 5 – Correlação entre a atividade física e a qualidade de vida em portadores de doenças crônicas não transmissíveis da região do Vale do Sinos, sul do Brasil.

	D - Físico	D - Psicológico	D- Social	D-Meio Ambiente	QV Global
Dias caminhados por 10 min contínuos	0,124 (0,061)	0,253 (0,000)	0,219 (0,001)	0,142 (0,032)	0,173 (0,009)
Tempo caminhado em um dia	0,128 (0,053)	0,093 (0,161)	0,120 (0,072)	0,045 (0,499)	0,108 (0,105)
Dias de atividade moderada	0,123 (0,064)	0,261 (0,000)	0,091 (0,172)	0,170 (0,010)	0,219 (0,001)
Tempo de atividade moderada	0,095 (0,154)	0,080 (0,230)	0,010 (0,878)	0,048 (0,474)	0,091 (0,169)
Dias de atividades vigorosas	0,219 (0,001)	0,132 (0,047)	0,034 (0,607)	0,161 (0,015)	0,126 (0,057)
Tempo de atividade vigorosa	0,115 (0,084)	0,009 (0,895)	-0,005 (0,938)	0,065 (0,325)	0,004 (0,947)
Tempo sentado num dia de semana	-0,14 (0,840)	0,095 (0,155)	0,110 (0,098)	0,058 (0,386)	0,032 (0,634)
Tempo sentado num final de semana	-0,103 (0,124)	-0,046 (0,493)	-0,003 (0,968)	0,001 (0,984)	-0,002 (0,972)

Dados expressos como coeficiente de correlação de *Pearson*, significância estatística; ou seja, *r Person* (p)

4 DISCUSSÃO

O grupo analisado teve predominância do sexo feminino, corroborando com outros estudos (11) que atribuíram o feito a uma maior tendência ao autocuidado da mulher em relação aos homens. Observa-se também uma tendência de maior idade do grupo feminino relacionando-se a maior expectativa de vida destas pacientes (12).

Nas últimas décadas, a prevalência e a incidência de DCNT vêm aumentando de maneira expressiva e, apesar dos avanços no manejo clínico, das ações e promoção do cuidado, ainda se observa um alto número de pessoas que possuem alguma doença crônica, ou comorbidades associadas à doença. No presente estudo observou-se que o número médio de doenças é de duas doenças por paciente. As DCNT mais prevalentes neste estudo foram HAS, depressão, dislipidemia e diabetes. Malta e colaboradores (13), também encontraram maior prevalência da HAS (21,4% na população acima de 18 anos), assim como no estudo de Mineto e colaboradores (14) que também demonstrou que as doenças do aparelho circulatório são mais preponderantes.

Os pacientes deste estudo usam em média 3,2 medicamentos corroborando com outros estudos que evidenciaram a média de dois a cinco medicamentos por paciente, avaliados a partir da prescrição médica num mesmo período de tratamento medicamentoso, sendo esses associados ao manejo das doenças que os acometem (11, 15). A classificação anatômica da ATC mais prevalente foi a dos medicamentos pertencentes ao sistema cardiovascular, fato este já observado em outro estudo realizado em nosso meio (14). Embora a doença mais prevalente seja a HAS, os medicamentos relacionados à dislipidemia são os mais utilizados pelos pacientes. Isso pode estar relacionado ao esquema terapêutico utilizado para evitar maiores complicações associadas aos problemas circulatórios.

Na busca pela minimização dos impactos relacionados às DCNT, o Ministério da Saúde (1) lançou o plano de enfrentamento das DCNT, que define e prioriza ações através de práticas preventivas e de controle. Uma das principais práticas tem tido foco nos fatores de risco comuns modificáveis para as DCNT mais prevalentes, que envolvem hábitos de vida como tabagismo, etilismo, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade.

Neste contexto, evidenciou-se no presente estudo que os pacientes possuem em sua grande maioria índices de sobrepeso, chamando a atenção que no grupo estudado possuem pessoas classificadas em obesidade grau III. As principais causas do sobrepeso e da obesidade são o sedentarismo e a má alimentação, os quais comprometem a QV. Sobrepeso e obesidade são definidos como o acúmulo de gordura anormal ou excessivo que podem prejudicar a saúde e são atualmente um problema mundial que desencadeia várias outras DCNT como diabetes e HAS (16).

A prática de atividade física é considerada fator de proteção, capaz de atenuar as mudanças causadas pela doença e pelo tratamento, sendo importante para a manutenção

da homeostase do organismo, gerando adaptações fisiológicas importantes para o controle e prevenção de doenças (17). Observa-se no presente estudo que grande parte dos pacientes possuem atividade física irregularmente ativa, onde eles realizam atividades físicas, porém insuficientes para serem classificados como ativos por não cumprirem as recomendações quanto a frequência e duração da atividade física. Neste mesmo quesito se evidencia que os homens mantêm uma frequência mais assídua quanto aos exercícios físicos. Assim como evidenciado nesta pesquisa, Malta e colaboradores (13) relatam que existem importantes diferenciais quanto ao sexo, sendo a prática de atividade física no tempo livre mais frequente entre homens do que as mulheres no Brasil.

Outros fatores de risco como o etilismo e o tabagismo apresentam-se com valores satisfatórios apresentando poucos pacientes que fazem uso dos mesmos. Estando em concordância com outros estudos que evidenciam o declínio à tendência de tabagismo, apontando êxito nas medidas antitabaco adotadas pelos serviços de saúde. Assim como a redução do consumo nocivo de álcool, mostrando um feedback positivo quanto ao aumento de fomento nas práticas educativas relacionadas a estes riscos (13, 18).

O acometimento por uma DCNT interfere na vida de um indivíduo de forma complexa e intensa sob diferentes aspectos de sua existência, afetando de forma direta a QV, componente essencial na condição humana (19). No campo da saúde, Preto et al. (20) e Alencar e colaboradores (21) apontam a QV relacionada à saúde como um construto multidimensional que consiste em pelo menos três domínios amplos (funcionamento físico, psicológico e social) afetados pela doença de uma pessoa e/ou seu tratamento. A QV é como o indivíduo vê em seu cotidiano, seu existir, uma relação entre o homem e a sociedade em que ele vive, suas expectativas e preocupações, em suma, está relacionada com o seu grau de satisfação. Porém, sofre alterações pela influência da parte fisiológica, se o mesmo está acometido por alguma doença e como essa doença poderá afetar a sua QV (22).

O domínio psicológico possui facetas que se relacionam com a percepção do indivíduo sobre sua condição cognitiva e afetiva. O que se pode evidenciar que embora as incumbências das doenças crônicas, os pacientes avaliados em nosso estudo, que demonstram maior escore positivo neste domínio, ainda possuem autoestima satisfatória, enxergam-se numa adequada relação com o mundo e ao grupo de seu convívio, existe a satisfação pessoal e também com sua imagem corporal, além de demonstrarem os seus sentimentos. Este bem-estar psicológico pode ser considerado uma busca de

conhecimento pessoal e aperfeiçoamento para o crescimento e desenvolvimento de si mesmo (23).

Em trabalho realizado em nosso meio (12), os dados encontrados para a QV divergem dos encontrados no presente estudo. Neste estudo foram encontrados escores mais baixos nos domínios psicológico e físico; e escores mais altos no domínio social e meio ambiente (12). Ainda, Dahmer e colaboradores (24) em um estudo que avaliou a QV de hipertensos e diabéticos que participavam de um programa de educação em saúde apresentaram maior escore no domínio psicológico e menor escore no domínio físico. Entretanto, um estudo realizado com intuito de analisar o uso da QV como estratégia para avaliar o trabalho com grupos de promoção da saúde na comunidade (25), com enfoque em pacientes idosos com idade média semelhantes às encontradas no presente trabalho, apresentou em um de seus grupos maiores escores no domínio psicológico que se relaciona com a percepção do indivíduo sobre sua condição cognitiva e afetiva. E menor escore no domínio meio ambiente que envolve a percepção do indivíduo sobre os diversos aspectos relacionados ao ambiente onde se vive. Sendo também avaliadas as interfaces que se relacionam com as condições corriqueiras diárias, corroborando assim com os dados compilados em nosso estudo.

Os resultados divergentes em alguns estudos e entre os indivíduos pode ser em virtude do próprio conceito de QV, que afirma que é de caráter subjetivo, complexo e com várias dimensões. Sendo assim, a avaliação tem conotação para cada época, para cada indivíduo e, também, depende de como este está inserido na sociedade (24).

Neste presente estudo, verificou-se um baixo escore relacionado ao domínio meio ambiente. O Whoqol Group (26) argumenta que o domínio meio ambiente se refere à percepção do indivíduo sobre os diversos aspectos relacionados ao ambiente onde se vive. Neste domínio são avaliadas interfaces que se relacionam com as condições corriqueiras diárias como: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidade; oportunidades de recreação/lazer; transporte e ambiente (27). Este achado pode estar relacionado aos portadores de doenças crônicas, pois a partir do diagnóstico de uma doença crônica os pacientes frequentemente têm prejuízos na autonomia física e cognitiva, passando a ter novas incumbências como obedecer a um regime terapêutico, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos ocasionados pela cronicidade da mesma. Estes prejuízos são passíveis de tratamento e controle, mas tudo varia com a aceitação destes novos hábitos. A adoção desta nova rotina proposta durante o tratamento pode

comprometer a situação financeira, as relações sociais, de trabalho e o lazer, o que pode representar ameaça na QV destes pacientes (24, 28).

A compreensão da QV fornece informações pessoais, sociais, psicológicas e de bem-estar do paciente. Com esses dados é possível não focar somente na patologia, mas também na forma de tratamento, monitorando a adesão terapêutica que é um comportamento dinâmico e como tal merece constante estímulo (12, 24, 29).

Ademais, a associação de outras patologias às doenças crônicas representa um agravamento ao tratamento, visto que a administração simultânea de medicamentos pode resultar em polifarmácia e regime de administração em curto intervalo de tempo, revelando possíveis interações medicamentosas e predisposição a não adesão farmacológica (11, 12).

Através da análise da adesão à terapia medicamentosa averiguada pelo teste de MG verificou-se uma baixa adesão ao tratamento, com positividade maior na pergunta referente ao “descuido de tomar a medicação” seguido de “lembrar de tomar a medicação”. Junto a isso se observa que o perfil de não adesão é classificado como intencional. Sendo ocasionada, possivelmente, por não aceitar as incumbências que a doença lhe causa, e de não aceitar a necessidade de um tratamento. Podendo ser associado também a não compreensão da terapia indicada. Em contrapartida, outro estudo realizado anteriormente com perfil de pacientes semelhantes verificou-se que mais da metade dos pacientes entrevistados enquadrava-se no grupo de máxima adesão, e quanto à intencionalidade encontrou-se em um equilíbrio intencional e não intencional. Fato este, evidenciado pelos autores e associado a uma possível superestimação por se tratar de um método indireto (12). No entanto, corroborando com este estudo, Mineto e colaboradores (14) analisaram pacientes que faziam uso de plantas medicinais e que possuíam doenças crônicas e também se evidenciou uma baixa adesão de caráter não intencional, podendo estar correlacionado ao esquecimento, apresentação de múltiplas comorbidades, quantidade de medicamentos utilizados e complexidade do regime imposto. No que diz respeito à adesão farmacoterapêutica com base na análise total do BMQ, os pacientes se subdividem em provável adesão e baixa adesão. O escore recordação foi o mais evidenciado, sendo o esquecimento um dos motivos que levam a uma classificação mediana entre adesão e não adesão. Outros estudos corroboram com estes achados, associando as mesmas barreiras de adesão (12, 14, 30).

A não adesão ao tratamento medicamentoso não se dá apenas a tomar ou não tomar a medicação, mas também se relaciona a como o paciente administra seu tratamento.

Através do seu comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração. Está relacionada à compreensão, adaptação e a aceitação das condições de saúde e da sua relação com a equipe de saúde e na confiança que o mesmo tem nestes profissionais. No entanto, é frequente transferir unicamente aos pacientes a responsabilidade por falhas na adesão (31).

Evidenciou-se neste estudo uma correlação direta entre a prática de atividades físicas regulares e a QV, onde se verificou que a periodicidade e a frequência do exercício físico influem para uma melhora das condições de QV e conseqüentemente auxilia no controle das doenças crônicas. Estudos relatam que o exercício físico é uma estratégia que pode ser utilizada para diminuir os processos de declínio e modificar as limitações funcionais que afetam a QV. A prática regular de exercício físico melhora a capacidade respiratória, reserva cardíaca, força muscular, memória recente, cognição e habilidades sociais, além dos níveis de aptidão física e capacidade funcional (32-34). Battaglini e colaboradores (35) apontam que o exercício físico proporciona melhorias no metabolismo, balanço hídrico, transporte de oxigênio e funcionamento do sistema nervoso central e periférico e cria uma homeostase global que dá ao paciente um sentimento geral de bem-estar. A atividade física no contexto da QV em portadores de DCNT poderia ser mais explorada como um recurso terapêutico valioso que apresenta resultados explicitamente significativos. Demonstrando a preciosidade do trabalho multidisciplinar em busca de um manejo adequado em busca de melhores resultados aos pacientes atendidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo quanto a QV apontam maiores escores para o domínio psicológico e menores no domínio meio ambiente. Bem como a adesão medicamentosa classificada em baixa adesão, de modo intencional. A maioria dos pacientes é classificada como irregularmente ativos quanto à atividade física, não atendendo as indicações de frequência e intensidade da prática de atividade física. Ficando evidenciada neste estudo a importância da prática de atividade física, que apresenta significativa melhora nos domínios de QV, trazendo à tona a importância de hábitos de vida mais saudáveis. A QV acaba se tornando fator chave no manejo saúde-doença dos pacientes, porém não menos importante, analisar o conjunto de atitudes que envolvem o seu tratamento. Para isso se faz necessário a prática multidisciplinar no

cuidado aos pacientes crônicos, evidenciando mais uma vez que a qualidade de vida abrange todos os aspectos da subjetividade humana.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde; Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Editora MS, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2019.
2. Brasil, Ministério da Saúde; Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.
3. Preto O, Amaral O, Duarte J, Chaves C, Coutinho M, Nelas P. Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care. The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences 2016; [S.l.], 217-26.
4. Camargo MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cad Saúde Pública 2015; 31 (7): 1460-1472.
5. Rodrigues AP, Rodrigues WP, Nogueira TBSS, Souza WJ, Sousa MNA. Qualidade de vida em pacientes portadores de doenças reumáticas. Rev Bras Edu Saúde 2019; 9(1): 6-13.
6. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. Rev Saúde Pública 2000; 34 (2): 178-83.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. Medical Care 1986; 24 (1): 67-74.
8. Mantovani MF, et al. The use of The Brief Medication Questionnaire in medication accession of hypertensives. J Nursing 2015; 9 (1): 84-90.
9. World Health Organization (WHO) ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/en/>>. Acesso em: 28 junho 2019
10. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. 22. ed. Oslo, 2018. Disponível em: <https://www.whocc.no/filearchive/publications/2019_guidelines_web.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.
11. Jr Batista AM. Atenção farmacêutica a idosos portadores de doenças crônicas no âmbito da atenção primária à saúde. Infarma 2018; 30 (2): 95-101.
12. Kasper M, Vargas TG, Santos AS, Raasch JR, Betti AH, Perassolo MS. Adesão à terapia medicamentosa e qualidade de vida de usuários de uma unidade de saúde da família de Novo Hamburgo – RS. RBFHSS 2017; 8 (4): 11-17.

13. Malta DC, Bernal RTI, Neto EV, Curci KA, Pasinato MTM, Lisbôa RM, Cachapuz RF, Coelho KSC. Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21 (1): 1-14.
14. Mineto DR, Campos CAM, Raasch JR, Suyenaga ES, Perassolo MS. Medication adherence among users of medicinal plants in South Brazil. *Lat Am J Pharm* 2018; 37 (11): 2229-38.
15. Maués CR, Fernandez MM, Nunes QP, Gomes ACC, Nascimento LP, Lima AKM, Navarro SWC. Análise do uso de medicamentos em idosos. *Rev Elet Acervo Saúde* 2019; 34: 1356-66.
16. Oliveira, P.C.G. Atuação do enfermeiro junto aos indivíduos com sobrepeso e obesidade na atenção primária à saúde. 2018. 110 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.
17. Fukushima RLM, Costa JLR, Orlandini FS. Atividade física e a qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Fisioterapia e Pesquisa* 2018; 25 (3): 338-44.
18. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva, MMA, Freitas MIF, Barros, MBA. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 (supl. 1): 4s.
19. Liberato SMD, Souza AJG, Gomes ATL, Medeiros LP, Costa IKF, Torres GV. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Rev Elet Enferm* 2014; 16 (1): 191-8.
20. Nelas P, Coutinho M, Chaves C, Duarte J, Amaral O, Preto O. Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care. *The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences* 2016; [S.l.]: 217-26.
21. Alencar DC, Filho PFL, Neiva, MJLM, Alencar AMPG, Moreira WC, Ibiapina ARS. Dimensões da qualidade de vida afetadas negativamente em pessoas vivendo com Diabetes Mellitus. *Rev Online Pes Cuid Fund* 2019; 11 (1): 199-204.
22. Pereira DN, Tolentino GP, Soares V, Venâncio PEM. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. *Cinergis* 2017; 18 (3): 216-221.
23. Moser AM, Brotto AM, Liebi PA, Kintopp RE, Fonseca AMG. Qualidade de vida de idosos residentes em instituições em Portugal e Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?qualidade-de-vida-de-idosos-residentes-em-instituicoes-em-portugal-e-brasil&codigo=A1291&area=D4D>. Acesso em: 02 nov. 2019.
24. Dahmer L. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Revista Contexto & Saúde* 2015; 15 (28): 41-9.

25. Paula GR, Souza BN, Santos L, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira, LMAC. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. *Rev Bras Enferm* 2016; 69 (2): 242-249.
26. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-85.
27. Moreira RM, Mascarenhas CHM, Boery EM, Sales ZN, Boery RNSO, Camargo CL. Avaliação psicométrica da qualidade de vida de adolescentes escolares. *Adolesc. Saúde* 2014; 11 (4): 15-22.
28. Martins LM, França APD, Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev LA Enferm* 1996; 4 (3): 5-18.
29. Lins SMSB, Leite JL, Godoy S, Tavares, JMAB, Rocha RG, Silva RVC. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paulista de Enfermagem* 2018; 31 (1): 54-60.
30. Santos SLF, Oliveira CPA, Costa VA, Pessoa CV, Barros CVNT. Aplicação do teste de Brief Medication Questionnaire na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2019; 17 (1): 1-8.
31. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Alves LMM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23 (1): 20-27.
32. Vidmar MF, Potulski AP, Sachetti A, Silveira MM, Wibelinger LM. Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Saúde e Pesquisa* 2017; 4 (3): 417-24.
33. Merquiades JH, Agra JAHM, Albuquerque AMD, Costa RC, Navarro AC. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* 2009; 3 (18): 597-614.
34. Ferretti F, Beskow GCT, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento* 2015; 20 (3): 729-43.
35. Battaglini C, Battaglini B, Bottaro M. The effects of physical exercise on cancer: a review. *Revista Digital*. 2003; 57, Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd57/cancer.htm>> Acesso em: 02 novembro 2019.