

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA

Campus de Presidente Prudente

RENILTON JOSÉ PIZZOL

INDICADORES OBJETIVOS E SUBJETIVOS NO ESTUDO DA
QUALIDADE DE VIDA EM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

Presidente Prudente
2013

RENILTON JOSÉ PIZZOL

INDICADORES OBJETIVOS E SUBJETIVOS NO ESTUDO DA
QUALIDADE DE VIDA EM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Geografia –
Área de Concentração: Produção do Espaço
Geográfico, para obtenção do Título de
Doutor em Geografia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Encarnita Salas Martin

Presidente Prudente
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

P769i Pizzol, Renilton José.
Indicadores objetivos e subjetivos no estudo da qualidade de vida em
doença respiratória crônica / Renilton José Pizzol. - Presidente Prudente :
[s.n.], 2013
154 f. : il.

Orientadora: Encarnita Salas Martin
Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Ciências e Tecnologia
Inclui bibliografia

1. Qualidade de vida. 2. Indicadores objetivos. 3. Subjetividade. I.
Martin, Encarnita Salas. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de
Ciências e Tecnologia. III. Título.

BANCA EXAMINADORA


PROFA. DRA. ENCARNITA SALAS MARTIN
ORIENTADORA


PROF. DR. JOÃO LIMA SANT'ANNA NETO
(UNESP/FCT)


PROFA. DRA. ELIANE FERRARI CHAGAS
(UNESP/FCT)


PROF. DR. CARLOS BOTAZZO
(USP)


PROF. DR. UMBERTO CATARINO PESSOTO
(Instituto Adolfo Lutz)


RENILTON JOSÉ PIZZOL

Presidente Prudente (SP), 04 de dezembro de 2013.

RESULTADO: APROVADO

DEDICATÓRIA

À Ana Paula
Ao parafrasear Parmênides permita te dizer
Sem você não sou
Com você sou mais

AGRADECIMENTOS

Agradeço muito:

à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Encarnita Salas Martin (a Tita) que desde o início me ajudou e sempre me incentivou. Grato Tita pela sua paciência, perseverança e entusiasmo;

aos meus pais Rinaldo e Maria Eliza (que pelas coincidências da vida também é Tita) e à minha irmã Raquel, que mesmos distantes “geograficamente” sempre me acompanham;

aos meus filhos Cauê e Pedro, em quem sempre encontrei apoio;

à Ana Paula, minha conselheira sempre, nos bons e maus momentos.

Merece o céu por me aguentar;

à Prof^a. Dr^a. Eliane Ferrari Chagas (a Lika) minha amiga desde sempre e uma daquelas pessoas que a gente gosta antes mesmo de conhecer;

à Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Jesus Almeida minha amiga e companheira de sala e de andanças pelos caminhos da Fisioterapia na Saúde Coletiva, sempre disponível a ajudar nos momentos difíceis do trabalho (ou seja, quase sempre);

ao Prof. Dr. Carlos Marcelo Pastre meu incentivador e amigo verdadeiro. Serei eternamente grato pelas horas dedicadas às nossas conversas;

aos colegas do Departamento de Fisioterapia e, em especial ao nosso Chefe, Prof. Dr. José Carlos Silva Camargo Filho, sempre acolhedor e humano;

aos pesquisadores do CEMESPP que sempre me acolheram bem e me permitiram participar da construção do grupo e compartilhar das suas ideias e ideais;

ao Programa de Pós-Graduação em Geografia pelo apoio e oportunidade;

à Secretaria de Pós-Graduação e, em especial, à Cinthia Thiemi Onishi, ao André Trindade Meira e à Ivonete de Andrade pela gentileza e disponibilidade que sempre mostraram quando me atenderam;

às pessoas que me abriram as suas casas, me receberam sempre muito cordialmente (quantos cafezinhos tomei!), responderam sempre pacientemente as minhas perguntas e foram responsáveis diretas por viabilizar este trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como propósito investigar a qualidade de vida utilizando-se dos referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa social (e em Geografia) e da pesquisa em saúde. Para isso foi realizada pesquisa teórica sobre o assunto e uma investigação da qualidade de vida de um grupo de indivíduos com doença respiratória crônica a partir da utilização de instrumentos de qualidade de vida objetivos (representados pelas condições de vida individuais e socioespaciais) e subjetivos (representados pelos WHOQOL-BREF e SGRQ). Os resultados mostraram que de modo geral a doença respiratória trouxe impacto à vida dos moradores da cidade de Presidente Prudente (São Paulo, Brasil) no que diz respeito aos aspectos mais relacionados ao estado de saúde. Nas dimensões mais amplas da vida, avaliadas pelo WHOQOL-BREF, houve uma tendência à satisfação com a qualidade de vida. Na análise de associação entre as variáveis objetivas e a percepção de qualidade de vida observou-se que a renda aliada ao fato dos indivíduos viverem em áreas de exclusão social influenciaram a percepção dos domínios e da qualidade de vida e estavam associadas às piores avaliações. Este estudo mostrou ser possível utilizar o arcabouço teórico construído na pesquisa social (e na Geografia) e a estrutura metodológica elaborada na área da Saúde na investigação da qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Indicadores objetivos. Subjetividade.

ABSTRACT

This study aimed the investigation of the Quality of Life using theoretical and methodological frameworks of social research (and in Geography) and health research. For this theoretical research on the subject and an investigation of the quality of life of a group of individuals with chronic respiratory disease was done from the use of instruments in objective (represented by the individual and socio-spatial condition of life) and subjective (represented by the WHOQOL-BREF and SGRQ) quality of life. The outcomes showed that the respiratory disease in a general way impacted to the life of the inhabitants of the city of Presidente Prudente (São Paulo, Brazil) in the regarding aspects more related to health state. In the wider dimensions of life, evaluated by the WHOQOL-BREF, there was a tendency to satisfaction with quality of life. In the analysis of association between the objective variables and the perception of quality of life was observed that the income allied to the fact the individuals lived in areas of social exclusion influenced the perception of the domains and the quality of life and were associated with worse ratings. This study showed that it is possible to use the theoretical framework built in the social research (and in Geography) and the methodological structure elaborated in the Health Area in the Quality of Life investigation.

Key-words: Quality of life. Objective indicators. Subjectivity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Qualidade de vida – perspectiva histórica	19
2.2 Conceitos de qualidade de vida	23
2.2.1 O subjetivo na qualidade de vida.....	24
2.2.2 O objetivo e o subjetivo na qualidade de vida.....	26
2.2.3 Qualidade de vida e território.....	29
2.3 Aspectos metodológicos – a mensuração do conceito de qualidade de vida	36
2.3.1 Medindo a qualidade de vida por indicadores objetivos.....	37
2.3.2 Medindo a qualidade de vida por indicadores objetivos especializados.....	41
2.3.3 Medindo a qualidade de vida subjetiva.....	42
2.4 Qualidade de vida na área da Saúde	54
2.5 A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	65
2.6 Qualidade de vida na DPOC	70
3 JUSTIFICATIVA	75
4 OBJETIVOS	77
4.1 Objetivo geral	78
4.2 Objetivos específicos	78
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	79
5.1 Etapas do estudo	80
5.1.1 Estabelecimento da estrutura teórica da pesquisa.....	80
5.1.2 Trabalho de campo.....	84
5.1.3 Elaboração do banco de dados.....	90
5.1.4 Análise estatística.....	93
6 RESULTADOS	96
6.1 População estudada	97
6.1.1 Características da população segundo atributos individuais, aspectos	

clínicos e de condição de vida..	97
6.1.2 Distribuição espacial dos indivíduos com DPOC.....	99
6.2 Perfil da qualidade de vida.....	101
6.2.1 Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF.....	101
6.2.2 Avaliação da qualidade de vida por meio do SGRQ.....	106
6.2.3 Correlações entre o WHOQOL-BREF e o SGRQ.....	106
6.2.4 Associação entre características da população e percepção de qualidade de vida e dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF.....	107
7 DISCUSSÃO.....	111
8 CONCLUSÕES.....	123
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXOS E APÊNDICES.....	140

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A motivação para a construção deste estudo parte de situações que merecem ser apresentadas antes do contexto metodológico, ainda que não seja convencional em documentos desta natureza.

Inicialmente, cabe destacar a minha experiência como fisioterapeuta na área de Pneumologia e como professor do Setor de Fisioterapia Respiratória do Ambulatório da FCT/UNESP – campus de Presidente Prudente (SP) mostrou-me que a maioria dos indivíduos com agravos respiratórios que é encaminhada para esse setor sofre de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e, quando entrevistadas manifestam o incômodo de sua doença por meio de sintomas, geralmente incapacitantes: “minha falta de ar não me permite andar uma quadra e me faz parar para descansar”, “minha falta de ar piorou e até para tomar banho eu me canso”, “minha doença me obriga a tomar remédio todo o dia” são frases sempre ouvidas por quem atende esses indivíduos. Dessa forma, os indivíduos com esta doença despertaram em mim a inquietação por um conhecimento mais abrangente do impacto que a doença causa nas suas vidas.

Além do exposto, a dinâmica de análise da qualidade de vida já havia sido estudada por mim, na ocasião da elaboração de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública e, em consequência, o estudo do impacto da doença por meio da avaliação/interpretação de qualidade de vida passou a integrar minha rotina de estudos. No entanto, após buscas na literatura técnica, notei que os estudos de qualidade de vida na área da saúde objetivam, em geral, desfechos clínicos voltados para “facetas” mais específicas que não estabelecem uma relação do indivíduo (com um determinado problema de saúde) com aspectos ambientais e/ou com o lugar de vivência e de realização das atividades cotidianas.

Outra situação determinante foi a minha participação no grupo de pesquisa Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas (CEMESPP) desta Faculdade que me permitiu ter contato com pesquisadores importantes de diversas áreas de conhecimento (entre as quais Geografia) e que me propiciaram aprofundar meu conhecimento sobre temas como

indicadores sociais e desigualdade socioespacial ampliando meus horizontes em direção a estudos que discutem a relação do indivíduo com o lugar.

Tal cenário motivou-me a buscar um ambiente de estudo onde seria possível a observação e reflexão sobre a situação problema descrita e, o Programa de Pós Graduação em Geografia surge como um catalisador para exercitar a busca pela relação ou associação entre indivíduo, doença e lugar e desta forma, como resultado passo a introduzir o documento final referente à investigação que empreendi considerando a temática aqui apresentada.

A tese está organizada em oito partes. Na primeira procuro introduzir os elementos que permearam a tese e procuro discutir, em rápidas palavras a relevância do tema para as áreas da Geografia e da Saúde.

Na segunda parte faço uso de um referencial teórico em que procurei contextualizar a temática envolvida no estudo da qualidade de vida, sobre as perspectivas das pesquisas sociais e na saúde. Em relação à pesquisa social aspectos históricos, conceituais e metodológicos são apresentados assim como modelos teóricos e instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Aborda-se também a concepção de território como categoria de análise na investigação da qualidade de vida. A concepção da Organização Mundial da Saúde sobre qualidade de vida é discutida assim como as concepções que fundamentam o desenvolvimento de metodologias da qualidade de vida relacionada à saúde e sua relação com as doenças crônico-degenerativas. O tema DPOC vem em sequência com a discussão da sua complexidade, desde os aspectos biológicos até o impacto na qualidade de vida que ela poderia acarretar.

Na terceira parte apresento a justificativa do estudo que repousa no reconhecimento da possibilidade de intersecção entre as concepções de qualidade de vida nas áreas da Geografia e da Saúde. Na quarta parte exponho os objetivos que estão relacionados à análise da qualidade de vida segundo referenciais teóricos da Geografia e da Saúde e à discussão da relação dos aspectos objetivos e subjetivos na investigação da qualidade de vida.

Na quinta parte apresento os procedimentos metodológicos da pesquisa, destacando-se a natureza da pesquisa, a sua caracterização, a população e a amostra, as técnicas de coleta e o tratamento dos dados com a apresentação

das ferramentas estatísticas utilizadas para a descrição do perfil das pessoas entrevistadas e para a investigação de possíveis associações entre as variáveis de condição de vida (as individuais e a territorial) e a percepção de qualidade de vida.

Na sexta parte são apresentados os resultados obtidos a partir do trabalho de campo convertidos em informações relevantes para o estudo. Foram feitas análises descritivas de dados das condições clínicas e de vida e do perfil de qualidade de vida dos indivíduos estudados e apresentada a sua distribuição espacial tendo como referencial cartográfico o Mapa da Exclusão/Inclusão Social de Presidente Prudente. Depois foi apresentada a análise das relações entre as variáveis individuais e territorializadas da condição de vida e a percepção de qualidade de vida.

Na sétima parte pretendeu-se traçar uma discussão a partir da análise dos resultados obtidos e do referencial teórico exposto no sentido de discutir a possibilidade de relações entre os elementos inerentes à percepção de qualidade de vida de indivíduos com doença crônica respiratória e as condições de vida individuais e advindas das áreas de residência e contribuir, assim, para a discussão da qualidade de vida tendo como pano de fundo os referenciais utilizados no campo da pesquisa social (e da Geografia) e da Saúde.

Na oitava parte apresento as conclusões e as recomendações. Por último, são apresentados os elementos complementares constituídos das referências e anexos.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo parte da premissa de que na pesquisa sobre qualidade de vida repousam possibilidades de se estabelecer uma intersecção teórica entre as áreas da Geografia e da Saúde, pois esse construto apresenta similaridades conceituais e metodológicas existentes nas duas áreas de conhecimento, mas que ainda são pouco exploradas.

Palavras-chave como subjetividade e multidimensionalidade, por exemplo, estão presentes na discussão sobre qualidade de vida fomentando, no âmbito da Geografia, pesquisas voltadas para a elaboração do conceito e para o desenvolvimento de modelos teóricos que permitam explicar o construto de modo mais abrangente enquanto que na área da Saúde, entram em cena estudos de qualidade de vida com caráter mais operacional e individual, sendo utilizada como método de avaliação da satisfação da vida influenciada por uma determinada condição ou agravo à saúde.

Nesse sentido, quando se traça um panorama sobre o tema qualidade de vida, discutindo-se a sua concepção/conceituação, seu desenvolvimento teórico e a metodologia de operacionalização, observa-se a possibilidade de desenvolver estudos que aprofundem esses pontos de intersecção e, assim, contribuam para o aprofundamento do tema nessas áreas de conhecimento cuja finalidade principal é a promoção do humano.

Em levantamento sobre o tema, identificam-se quatro correntes de reflexão que possibilitam essa intersecção e que envolvem o estudo da qualidade de vida das perspectivas: a) social discutida por um conjunto de pesquisadores ligados à área das ciências humanas que relacionam os indicadores sociais à elaboração do construto; b) geográfica que considera a desigualdade socioespacial como elemento fundamental na explicação da qualidade de vida; c) da Organização Mundial de Saúde (OMS) que elabora o seu conceito de qualidade de vida a partir da discussão na área das Ciências Humanas; d) da área da Saúde que atrela qualidade de vida ao impacto causado ao indivíduo pela doença crônico-degenerativa.

Em relação à primeira perspectiva este estudo destaca alguns autores que deram contribuições importantes no desenvolvimento teórico da qualidade de vida como construto social ao considerar que:

- a. sua elaboração conceitual e metodológica está relacionada à discussão sobre o desenvolvimento humano e sobre os indicadores sociais;
- b. deve ser interpretada como noção polissêmica que encontra parte de sua definição nos modelos teóricos de bem-estar, da hierarquia das necessidades e do grau de satisfação obtido nas várias dimensões da vida;
- c. deve ser incorporada a políticas públicas voltadas ao bem-estar embutidas em uma política governamental de cidadania;
- d. deve ser interpretada a partir de indicadores objetivos da condição de vida e aspectos subjetivos relacionados à satisfação individual para a obtenção de bem-estar;
- e. pode ser operacionalizada por meio de componentes objetivos multidimensionais (ambiente físico, saúde, educação, habitação) e subjetivos, ou seja, na discussão da percepção de um indivíduo cabe levantar as situações ou contextos nos quais ele está inserido e os fatores interferentes nesse contexto.

Já no âmbito da Geografia, este estudo destacará alguns autores que introduzem o conceito de indicadores territoriais para identificar e analisar a influência das diferenças socioespaciais como causa explicativa da qualidade de vida, utilizando como metodologia a agregação de indicadores sociais territorializados em diferentes escalas geográficas. Nesses estudos a discussão de qualidade de vida é norteadada pelo conhecimento da existência das desigualdades materiais e de oportunidades, que no âmbito da Geografia tem sido discutida também sob a ótica de duas questões-chave: a do território como fator de diferenciação social e a da multidimensionalidade como elemento presente na produção dessa diferenciação.

Em relação ao papel da OMS na discussão da qualidade de vida este estudo destaca que:

- a. embora seja agência cujo objeto de estudo é a saúde, procura interpretar, por meio de teorias sociais, a qualidade de vida como conceito amplo e complexo

ao inter-relacionar as dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais considerando a qualidade de vida imersa no contexto cultural, social e ambiental;

- b. a partir dessa concepção, desenvolveu um instrumento multidimensional e transcultural reprodutível em escala mundial e que considerou a saúde como um dos componentes da estrutura do instrumento e elemento relacionável com outras dimensões;
- c. tem influenciado significativamente a discussão de que qualidade de vida na área da Saúde ao estabelecer uma aproximação conceitual com qualidade de vida estudada em campos de conhecimento das Ciências Humanas.

Já na área da Saúde observa-se que a discussão do conceito e da operacionalização da qualidade de vida tem como pano de fundo as intervenções em saúde realizadas nas doenças crônico-degenerativas porque esse tipo de condição:

- a. tem relevância epidemiológica, contribuindo significativamente para as taxas de mortalidade e morbidade;
- b. se caracteriza, em sua evolução, por ser geralmente incurável, permanente e incapacitante com sobrevida e impactos individual e social relacionados à gravidade da condição e à existência e possibilidade de acesso à intervenções terapêuticas efetivas no controle da doença;
- c. espelha uma concepção de saúde que considera que o processo saúde-doença está relacionado a determinantes e condicionantes multifatoriais e complexos que são influenciados por aspectos econômicos, sociais, culturais, individuais e ambientais;
- d. tem servido de referência para os estudos de qualidade de vida em saúde devido aos seus potenciais impactos individuais que podem ser atrelados ao referencial multidimensional embutido no modelo biopsicossocial de qualidade de vida.

Posto isso, este estudo visualiza que qualidade de vida pode ser elemento de convergência teórica e metodológica entre a Geografia e a área da Saúde e que essa aproximação pode ser fundamentada em três pilares: na concepção da OMS sobre qualidade de vida que pode funcionar como o elo teórico

e metodológico entre as duas áreas; na exploração do conceito de território, da perspectiva do enfoque material, como categoria geográfica explicativa de qualidade de vida e na abordagem de qualidade de vida na área da Saúde explorada na avaliação dos impactos causados por doença crônico-degenerativa com grande potencial impactante que é a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Diante do exposto fez-se a opção por reunir informações referentes à situação problema apresentada e aprofundar a discussão sobre qualidade de vida nos âmbitos da Geografia e da área da Saúde no sentido de estabelecer associações teóricas e metodológicas entre as áreas e, além disso, analisar dados obtidos em entrevistas, por meio de explorações *in loco* visando a um diagnóstico de uma população específica, considerando condições de vida, estado de saúde e condições do lugar.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Qualidade de vida apresenta-se atualmente como tema relevante para diversas áreas de conhecimento que investigam os fenômenos econômicos, sociais, ambientais, territoriais e relacionais que caracterizam as sociedades modernas.

Essa relevância tem fomentado debates acerca do desenvolvimento teórico relacionado à qualidade de vida, que envolve basicamente três grandes perspectivas: o surgimento da expressão que está atrelado à perspectiva histórica dos indicadores sociais como expressão do desenvolvimento humano; a discussão e elaboração do conceito que muitas vezes estão associados a modelos teóricos; o desenvolvimento metodológico com a discussão da operacionalização do conceito que envolve a construção de ferramentas que expressam noções de qualidade de vida e que são utilizadas como marco referencial avaliador e norteador de ações voltadas ao bem estar do indivíduo e da sociedade.

2.1 Qualidade de vida – perspectiva histórica

No caso da perspectiva histórica, segundo Leva (2005) a expressão qualidade de vida (a que se aproxima do uso mais atual, já que desde os filósofos gregos o tema tem sido objeto de interesse) aparece imersa (e ainda diluída) nas pesquisas sobre indicadores sociais que fomentaram debates nos EUA entre as décadas de 1960 e 1970 sobre as consequências da industrialização na sociedade, a piora das condições de vida urbana e o meio ambiente. Segundo Bognar (2005) foi nesse período que surgiu na pesquisa social, uma insatisfação em considerar os indicadores econômicos como únicos na avaliação do bem-estar, o que deu origem a estudos sobre os indicadores sociais que, segundo os pesquisadores do chamado movimento social, poderiam monitorar de modo mais abrangente as tendências e o desenvolvimento sociais e embasar a implementação e avaliação de políticas públicas.

Para Leva (2005) esse desenvolvimento e aperfeiçoamento dos indicadores sociais, em meados dos anos 1970 e início dos anos 1980 provocou o processo de diferenciação entre estes e a qualidade de vida, que começou a ser considerada como um conceito integrador e multidimensional, valendo ressaltar que nesse período ocorreu a publicação de textos considerados verdadeiros marcos teóricos do assunto de autores como Campbell, Converse e Rogers em 1976; Hornquist em 1982; Diener em 1984 e Calman em 1984 e 1987.

Esta diferenciação, por sua vez, segundo Leva (2005), possibilitou a consolidação, amadurecimento e revitalização da investigação dos indicadores de qualidade de vida entre o final dos anos 1970 e final dos anos 1980 culminando nos anos 1990, com grande apoio e reconhecimento internacional sobre o estudo desses indicadores que teriam como objetivo fornecer uma informação mais analítica para a investigação das tendências sociais se convertendo em uma ferramenta de avaliação e controle das decisões políticas. É importante observar que esse contexto se refletiu no aumento marcante de publicações sobre qualidade de vida na década de 1990 nas diversas áreas que abordam o assunto (Fernandez-Ballesteros, 1998; McKenna e Doward, 2004).

De uma perspectiva histórica semelhante, Vitte et al (2002) associam o aparecimento da expressão qualidade de vida à temática do estudo do desenvolvimento humano e da construção de indicadores sociais. De modo sintético essas relações podem ser observadas no Quadro 1.

Década	Desenvolvimento humano associado com:	Indicadores	Relação da QV com:
1950	Fenômenos definidos por variáveis econômicas eficientes para medir tendências econômicas das nações	- PIB - renda per capita	Nível de vida (e bem estar) associado ao nível de consumo (ideia de ter)
1960	Interpretação do estado da sociedade pelas perspectivas econômica e social medidas quantitativamente	- nível de emprego e de escolaridade - grau de nutrição - índices de saúde	Estado de bem estar fundamentado na oferta de bens e serviços

Quadro 1 - Evolução temporal da ideia de desenvolvimento humano e de qualidade de vida

Fonte: organizado de VITTE et al, 2002.

Década	Desenvolvimento humano associado com:	Indicadores	Relação da QV com:
1970	Melhora do bem-estar por incremento no fluxo de bens e serviços para promoção de mudanças sociais	- investigação das necessidades básicas	Bem estar garantido pelo acesso da população, por políticas públicas, à riqueza alcançada
1980	Meio ambiente como estratégia alternativa de desenvolvimento	- indicadores de qualidade ambiental	Sustentabilidade
1990	Desenvolvimento do homem integral agregado à discussão ambiental	- IDH	Desenvolvimento sustentado (ideia de ser) e dimensões múltiplas da vida

Quadro 1 - Evolução temporal da ideia de desenvolvimento humano e de qualidade de vida (continuação)

Fonte: organizado de VITTE et al, 2002.

Para Vitte et al (2002) com o passar dos anos as novas e mais abrangentes abordagens do desenvolvimento humano foram na direção de entendê-lo como processo de mudança estrutural, global e contínua voltado para a conquista da liberdade individual e social e de associar o seu objetivo primário com a satisfação das necessidades humanas e, com isso, a melhora da qualidade de vida, o que tornou esse construto (cujo significado em qualidade de vida, segundo PASCHOAL, 2000 vai na direção de algo construído a partir de um marco teórico que permita ser delimitado e traduzido em proposições particulares, observáveis e mensuráveis) um instrumento poderoso para produzir mudanças nos objetivos sociais conforme observou Fernandez-Ballesteros (1998) e objeto frequente de estudo, tanto que no início dos anos 2000, qualidade de vida foi considerada por Smith (2000) a base de uma quantidade significativa da nova pesquisa em ciência social.

Nesse contexto de início de século XXI qualidade de vida tem se justificado a partir de uma perspectiva política em que segundo Vitte (2002):

“a discussão sobre qualidade de vida como uma das premissas norteadoras na busca de desenvolvimento e bem-estar deve ser considerada como um direito da cidadania”. (VITTE, 2002, p.31)

Nesse sentido Herculano (2000) cita uma experiência mais precoce de interpretação política da qualidade de vida, atrelada ao Sistema de Bem Estar da Escandinávia, de incorporação da busca do bem estar às políticas públicas como agenda prioritária governamental e que teve seu modelo analisado, segundo Vitte (2009) por Allardt em 1993.

Nessa análise Allardt primeiro identificou que os princípios do bem estar estavam baseados nas necessidades individuais simbolizadas por três verbos: *ter*, *amar* e *ser*, sendo que *ter* dizia respeito às necessidades básicas de sobrevivência ligadas às condições materiais, *amar* às necessidades de afeto e solidariedade e *ser* compreendia uma lista que abrangia desde a alienação até a autonomização.

Segundo Vitte (2009), em uma análise posterior, Allardt elenca os indicadores para cada verbo e relaciona as necessidades básicas do verbo *ter* aos recursos econômicos, às condições de moradia, emprego, condições de trabalho, saúde e educação; as necessidades do *amar* aos vínculos e contatos com a comunidade local, com a família e amigos, à participação em organizações e às relações com colegas de trabalho; as necessidades do verbo *ser* ao grau de participação do indivíduo nas decisões e atividades que influenciam sua vida, à participação em atividades políticas, às oportunidades de lazer e de desfrute do contato com a natureza.

Herculano (2000) aponta que a interpretação e análise desses três verbos em direção à qualidade de vida envolveriam aspectos objetivos, mensuráveis por medidas objetivas e aspectos subjetivos verificáveis a partir da percepção individual. Assim, o verbo *ter* seria medido objetivamente pelo nível das condições de vida e ambientais e subjetivamente pelos sentimentos de satisfação/insatisfação com tais condições, o verbo *amar* por medidas objetivas de relações interpessoais e pela sensação de felicidade-infelicidade e o verbo *ser* seria refletido objetivamente pela relação dos indivíduos com a sociedade e com a natureza e subjetivamente por sentimentos de alienação/crescimento pessoal.

Essas questões que envolvem bem estar e qualidade de vida, interpretadas como agenda política pelos países escandinavos na década de 1970 e analisadas por Allardt em estudos da década de 1990 trazem à tona muitos

elementos que fazem parte do arcabouço teórico que fundamentou os estudos de qualidade de vida a partir da década de 1970 e que, ainda hoje, são levados em consideração.

Junto a essas questões e na direção de se considerar atualmente a cidade como espaço da qualidade de vida humana (ACSERALD, 1999) reconhece-se cada vez mais a existência de um elemento aglutinador/interveniente dessas questões que é o lugar. Nesse sentido Vitte (2009) considera que a noção de qualidade de vida pode ser aprofundada ao considerá-la como produto de uma complexa dinâmica socioespacial que envolveria intrincadas relações que se materializam no território indo ao encontro do que observa Koga (2011) que é a partir do exame do lugar que se pode conhecer a complexidade das condições de vida dos indivíduos.

Posto isso, estudar a qualidade de vida considerando para o seu entendimento os aspectos subjetivos e objetivos inerentemente associados a ela e trazer a perspectiva do território, considerado como categoria interveniente na interpretação desses aspectos, pode trazer contribuições importantes à temática e justificar a qualidade de vida como um construto de grande interesse nas diversas áreas de conhecimento que se preocupam com a promoção do humano.

2.2 Conceitos de qualidade de vida

Em qualidade de vida, no âmbito da pesquisa social (e posteriormente no da área da Saúde), frequentemente surgem à tona a discussão sobre os fundamentos teóricos utilizados na elaboração dos seus conceitos e no seu desenvolvimento metodológico. Nesse caso é consensual na literatura que existe uma ampla gama de teorias subjacentes à qualidade de vida (HUNT, 1997; BROWN, BOWLING, FLYNN, 2004; BOGNAR, 2005; FLECK, 2008;) que, por sua vez, é responsável por gerar uma profusão de conceitos e metodologias (BAROFSKY, 2012).

Para Fernandez-Ballesteros (1998) a própria característica semântica dos termos qualidade, que se refere a certos atributos de um objeto particular (por exemplo, a vida) e vida, que se refere a tudo aquilo que envolve o ser humano, possibilita que a vida seja analisada de perspectivas diferentes e que qualidade de vida seja um conceito multidisciplinar.

Para este estudo, no entanto, o referencial teórico de qualidade de vida se baseará em autores que consideram como características relevantes para a sua conceituação e análise a subjetividade, expressa pela sensação de satisfação com a vida, a relação da subjetividade com os aspectos objetivos e a relação da subjetividade com o lugar representado sob a perspectiva do território.

2.2.1 O subjetivo na qualidade de vida

A qualidade de vida subjetiva tem sua base teórica formulada inicialmente nos modelos de satisfação e bem estar que foram abordados por vários pesquisadores do movimento dos indicadores sociais, entre os quais, Andrews & Whitney e Campbell, Converse e Rogers na década de 1970 e Diener e Calman na década de 1980.

As premissas consideradas para avaliar a qualidade de vida da perspectiva subjetiva, segundo Brown, Bowling e Flynn (2004) são a de que a satisfação humana não pode ser totalmente conhecida sem perguntar aos indivíduos sobre o que sentem e que é possível, por meio de indicadores subjetivos, compreender o processo de avaliação rotineiro que os indivíduos fazem em relação aos domínios da vida que consideram relevantes e importantes para eles mesmos.

Avançando um pouco nestas questões Oleson (1990) relaciona a qualidade de vida subjetiva a premissas associadas à teoria fenomenológica de que a realidade é subjetiva, é determinada pela percepção e é o resultado dos elementos objetivos e subjetivos da experiência vivida pelo indivíduo.

Nesse sentido esta autora, ao fazer uma revisão bibliográfica sobre as definições de qualidade de vida observou que algumas delas eram congruentes com

as hipóteses fenomenológicas sobre subjetividade e eram advindas de estudos clássicos das décadas de 1970 e 1980 conforme se visualiza no Quadro 2.

Autor	Definição de qualidade de vida subjetiva
Andrews e Whitney (1976)	Aspectos da vida conhecidos e avaliados privadamente
Campbell, Converse e Rogers (1976)	Satisfação das necessidades
Calman (1987)	Satisfação, plenitude, felicidade medidas pela diferença entre as esperanças e expectativas do indivíduo
Sartorius (1987)	Distância entre a posição da pessoa e seus objetivos sendo que satisfação se refere ao alcance de um objetivo ou a sensação de se aproximar dele

Quadro 2 – Definições de qualidade de vida subjetiva

Fonte: adaptado de OLESON, 1990.

Oleson (1990) observou que, embora as definições sejam relativamente diferentes, dois atributos críticos poderiam ser identificados na qualidade de vida subjetiva: satisfação e felicidade. Baseados nesses atributos a autora define qualidade de vida subjetiva como: “experiência cognitiva manifestada pela satisfação com domínios de vida importantes para o indivíduo e experiência afetiva manifestada pela felicidade com domínios de vida importantes”. (OLESON, 1990, p.188, tradução nossa).

Um dos méritos do estudo de Oleson (1990) é o de identificar que, embora existam muitas definições da qualidade de vida subjetiva, existem também elementos inequívocos, como a avaliação individual de dimensões da vida e a satisfação com essas dimensões, que dão maior consistência ao conceito e que, via de regra, nortearam as definições de qualidade de vida subjetiva na década de 1990 e nos anos 2000, com autores como Diener (2000) que continuam a associá-la à ideia de boa vida e utiliza como fundamento três aspectos que expressam essa subjetividade: é democrática porque garante que cada indivíduo decida o que vale a pena em sua vida, está relacionada ao bem estar subjetivo e se refere à avaliação que os próprios indivíduos fazem de suas vidas.

Para Leva (2005) a subjetividade na qualidade de vida nasce da necessidade de conhecer e avaliar diretamente a percepção e as características do

sujeito em relação ao nível de vida, baseando-se na existência de uma relação imperfeita entre as condições objetivas de vida e a percepção que tem o indivíduo.

Além disso, para Veenhoven (2002) indicadores subjetivos são necessários para a elaboração de um conjunto de metas políticas, baseado no que os indivíduos necessitam e querem e nas avaliações que elas fazem do êxito obtido pela execução dessas metas.

2.2.2 O objetivo e o subjetivo na qualidade de vida

Outra perspectiva de análise de qualidade de vida é aquela que utiliza na sua interpretação as dimensões objetivas da vida associadas à percepção que os indivíduos têm dessas dimensões. Os conceitos teóricos utilizados aqui se fundamentam, segundo Delhey et al (2002) em dois modelos: o da abordagem baseada em necessidades que afirma que existem na sociedade necessidades básicas de característica objetiva (que por sua vez advém da teoria de Maslow da hierarquia das necessidades humanas) e o modelo de satisfação das necessidades que determina o bem estar dos indivíduos por sua própria avaliação.

Segundo Brown, Bowling e Flynn (2004) a partir dessa interação pode-se definir qualidade de vida em nível macro voltada para os aspectos objetivos e coletivos societários e em nível micro quando voltada para o individual e o subjetivo.

As premissas que fundamentam essa perspectiva de qualidade de vida são bastante discutidas e existem inúmeros estudos que se referem a essas questões (como apontam Brown, Bowling e Flynn, 2004), mas em síntese esses princípios podem ser descritos, segundo Leva (2005) por meio:

- da disponibilidade e do acesso da população aos recursos que vão preencher ou não as exigências dos indivíduos, grupos sociais e comunidades a respeito de determinadas necessidades;
- do conhecimento de como os indivíduos percebem a presença ou ausência desses recursos que é de fundamental importância para a construção da concepção de qualidade de vida, pois não basta prover a sociedade com

suficientes recursos (em quantidade e qualidade) se os indivíduos não perceberem assim.

No que diz respeito aos conceitos de qualidade de vida atrelados aos aspectos objetivos e subjetivos integrados ao construto observa-se que, em relação à qualidade de vida individual, esses conceitos ampliam as perspectivas de interpretação ao agregarem às condições objetivas um aspecto relacional comparativo entre grupos e sociedades, no que concerne às necessidades e ao agregarem às condições subjetivas um aspecto político entendendo o indivíduo não apenas como um avaliador das dimensões de sua vida, mas também como agente ativo na melhoria dessas dimensões (VITTE et al, 2002).

Partindo dessa perspectiva, autores brasileiros referenciados no assunto utilizaram-se dessa relação entre o objetivo e subjetivo para a elaboração de conceitos de qualidade de vida bastante amplos.

Karruz, Keinert e Keinert (2002), por exemplo, observam que na composição do conceito alude-se ao uso de componentes objetivos e subjetivos ao se afirmar que qualidade de vida não pode ser estudada apenas em seu caráter normativo, devendo-se levar em consideração as percepções individuais que sofrem influência da cultura e educação dos indivíduos.

Para Vitte et al (2002), na discussão da percepção de um indivíduo cabe levantar as situações ou contextos nos quais ele está inserido (trabalho, família, amizades e lazer, entre outros) e os fatores interferentes nesse contexto (alimentação, habitação, saúde, educação, trabalho, circulação, comunicação, lazer, entre outros). Segundo Karruz, Keinert e Keinert (2002) estudos dessa natureza fundamentam-se no fato de que os indivíduos são heterogêneos no que diz respeito às condições econômicas, educacionais e culturais e tendem a perceber de modo diferenciado as fontes, formas e níveis de satisfação e insatisfação.

Tais questões sobre objetividade, subjetividade e satisfação como norteadoras de conceito e metodologia de qualidade de vida têm contribuído para enriquecer o debate e ampliar as possibilidades de conceituação sem empobrecer sua discussão.

Para Forattini (1991), um dos autores brasileiros seminais dessa discussão, a qualidade de vida deveria ser estudada levando-se em consideração a

capacidade de adaptação e evolução cultural de uma determinada sociedade. Ele afirma:

Se, em qualquer parte do tempo, for considerada a população, nota-se que ela participa de conjunto de estratégias adaptativas inter-relacionadas, elaboradas por indivíduos e comunidades e objetivando enfrentar situações presentes e futuras... é de se admitir que, qualquer que seja o momento, a situação que se apresenta constitui estado dinâmico onde são assumidos compromissos entre indivíduos ou grupos e os objetos planejados para as etapas futuras. Entre estes, inclui-se a qualidade de vida; a qual, em essência, pode ser traduzida pela satisfação de viver. (FORATTINI, 1991, p.75).

Forattini (1991) explora então, a princípio, o caráter subjetivo da qualidade de vida, no nível individual, que para ele constitui parte que lhe é inerente, motivo pelo qual não deixa de exercer a sua influência. Quando interpreta, por sua vez, a definição de Coimbra (1985) - somatória de fatores decorrentes da interação entre a sociedade e o ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas, amplia o seu conceito de qualidade de vida ao observar que:

Tal orientação (na definição da qualidade de vida), no sentido de priorizar necessidades, tem sido aceitas, reconhecendo-se certo número delas. No estado atual da sociedade formam trama cada vez mais complexa, ao longo da qual se desenrola a vida humana. Considerando-se as que são inerentes e as que são atribuídas pode-se verificar sua distribuição pelas áreas física, psicológica, social, de atuação, material e estrutural. (FORATTINI, 1991, p. 75).

Ao considerar as necessidades humanas, Forattini (1991) cita a definição de Hornquist (1982), um dos pesquisadores mais eminentes da teoria de satisfação das necessidades humanas, para quem qualidade de vida é o estado de satisfação atingido no âmbito de tais áreas e a aprofunda ao afirmar que esse estado constitui experiência de caráter pessoal que se projeta no propósito de obtenção de melhores condições de vida e o grau de ajustamento às situações existentes ou o desejo de mudança poderão servir para avaliar a satisfação.

O indivíduo, então teria um papel ativo na obtenção da satisfação, pois seria a sua opinião que identificaria a ação de fatores determinantes da sua qualidade de vida que Forattini (1991) identifica como: orgânicos (saúde e estado funcional); psicológicos (identidade, autoestima, aprendizado); sociais

(relacionamento, privacidade, sexualidade); comportamentais (hábitos, vida profissional, lazer); materiais (economia privada, renda, habitação) e estruturais (posição social, significado da própria vida).

Essa concepção é bastante semelhante à de Bravo e Vera (1993, apud VITTE, 2009, p. 91) que consideram que qualidade de vida por ser interpretada como o grau de bem estar individual e coletivo determinado pelas necessidades básicas da população, sendo o grau de satisfação dessas necessidades o definidor dos níveis de qualidade de vida.

Apesar de considerar que o aspecto individual reflete-se no coletivo Forattini (1991) considera que a qualidade de vida populacional, por sua vez, tem melhor avaliação por meio de indicadores objetivos, pois para ele, a estrutura social, em seu sistema de classes, é que determina a qualidade de vida que então é considerada como resultante das condições do meio em que se desenvolve essa sociedade indicando que a objetividade, voltada para as questões coletivas e a subjetividade, voltada para o indivíduo estão presentes na composição da qualidade de vida.

Para Fernandez-Ballesteros (1998) considerar tanto a objetividade quanto a subjetividade enriquece e valida um conceito que é extraordinariamente diverso, pois para ele a vida repousa sob as condições objetivas e a existência humana traz atenção e reflexão, ou seja, a subjetividade para a interpretação dessas condições.

Para Uchôa, Rozemberg e Porto (2002) no estudo da qualidade de vida deveriam ser incluídas: a dialética entre o universal e o particular e entre o sujeito e o objeto; a articulação entre aspectos objetivos e subjetivos e a interação entre o sujeito e o contexto socioambiental e cultural. Para Keinert, Karruz e Karruz (2002) existe a possibilidade da combinação de ambos os aspectos com a incorporação da dimensão espacial, assunto que será abordado na sequência.

2.2.3 Qualidade de vida e território

Este estudo não tem a pretensão de abranger todo o referencial teórico que é utilizado nos estudos que analisam uma possível relação entre território e qualidade de vida devido à multiplicidade das questões teóricas e das possibilidades de interpretação que surgem, ao se associar duas categorias de análise tão amplas, objetos de estudo de várias áreas de conhecimento. Nesse sentido o que se pretende é trazer contribuições para o estudo de qualidade de vida ao interpretá-la também sob uma perspectiva do território.

Sendo assim são considerados importantes para este estudo:

- a premissa de se considerar o território como expressão material reveladora das condições de vida que podem ser interpretadas sob a perspectiva do lugar;
- autores que interpretam o território como dimensão fomentadora de processos de diferenciação social e que utilizam indicadores sociais territoriais para identificar e analisar essas diferenças;
- autores que reconhecem que qualidade de vida pode ter sua interpretação aprofundada ao relacioná-la com essa perspectiva de território;

Em relação ao primeiro conjunto de autores para este estudo serão considerados como importante referencial: Melazzo e Guimarães que representam a discussão teórica sobre desigualdade social que ocorre no grupo de pesquisa “Centro de Estudos e Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas” (CEMESPP) da FCT/UNESP, que serve como elemento norteador na fomentação de estudos empíricos em cidades médias do interior paulista e na elaboração de uma metodologia cartográfica da representação da desigualdade socioespacial em ambientes urbanos; Dirce Koga e Aldáisa Sposati, mentoras da representação cartográfica socioespacial e Claudete de Castro Silva Vitte que associa a ideia de território à qualidade de vida.

Assim sendo no estudo do território e da territorialidade, para Melazzo e Guimarães (2010) é importante reconhecer que a produção territorial enquanto produção social é processo não desprezível na diferenciação social e que a territorialidade no sentido humano é mais bem conhecida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar ou controlar recursos ou indivíduos ao controlar a área e exercer o poder.

Para Melazzo e Guimarães (2010) destaque tem que ser dado à importante contribuição de Rogério Haesbaert na pesquisa da territorialidade tratada sob a perspectiva das relações de poder e da relação com os processos de desigualdade socioespacial.

Nesse caso, eles apontam que, para esse autor o território resulta da interação diferenciada entre múltiplas dimensões da mediação espacial de poder, desde sua natureza mais estritamente política até seu caráter mais propriamente simbólico, passando pelas relações dentro do chamado poder econômico; é processo dinâmico sendo ao mesmo tempo zona (expressa pela continuidade territorial), rede e aglomerados de maior desigualdade (considerados então, de exclusão); e é noção que incorpora sempre um caráter social multidimensional dinâmico e que deve ser geográfica e historicamente contextualizada.

Desta perspectiva de poder espacial, como fator importante na produção da desigualdade socioespacial Koga (2011) visualiza o território (e a territorialidade) como categoria fundamental nas trajetórias de grupos sociais e também de indivíduos na configuração de situações de exclusão social e como fator dinâmico no processo de exclusão/inclusão social na medida em que expressa a distribuição dos bens civilizatórios direcionados à qualidade de vida. Ainda para a autora:

É no território que as desigualdades sociais tornam-se evidentes entre os cidadãos, as condições de vida entre os moradores de uma mesma cidade mostram-se diferenciadas, a presença/ausência dos serviços públicos se faz sentir e a qualidade destes mesmos serviços apresentam-se desiguais. (KOGA, 2011, p. 33).

Para Sposati (1996) essa dimensão espacial da desigualdade, se relaciona à multidimensionalidade o que gera diferentes possibilidades conceituais ao considerar esse processo como estrutural (associado ao modelo de desenvolvimento econômico excludente); absoluto (decorrente da pobreza absoluta com privação total das condições de vida tanto no sentido material quanto no não material ou subjetivo); relativo (representada pela restrição ao acesso às riquezas socialmente geradas e das oportunidades acessíveis para melhora das condições de vida); das possibilidades de diferenciação (decorrente do grau de homogeneização

nas regras de convívio entre os grupos sociais) ou da representação (gerada por meio da impossibilidade de expressão da democracia).

Já Vitte (2009) vê o território como produto de um processo político e social, de construção e transformação da natureza pela sociedade ao longo da história e como condição material reveladora das condições de vida e da maior ou menor presença do poder público na vida dos indivíduos e de seus lugares.

Para Vitte (2009) como o território pode se revelar desigual nos problemas relativos à distribuição dos equipamentos sociais e dos investimentos públicos e privados na melhoria das condições de vida da população, ele passa a ser muito importante quando se trabalha com a qualidade de vida.

Nesse contexto de relação entre território e qualidade de vida Vitte (2009) considera que:

[...] o território não só faz a diferença na avaliação da qualidade de vida das comunidades e dos sujeitos, mas constitui-se importante instrumento que deveria ser incorporado aos trabalhos que têm a qualidade de vida como foco central de suas análises, uma vez que é capaz de revelar múltiplas dimensões, como a econômica, a social, a política, a cultural e a ambiental, que juntas participam da constituição das identidades, da construção do sentido de pertencimento da comunidade. (VITTE, 2009, p.112).

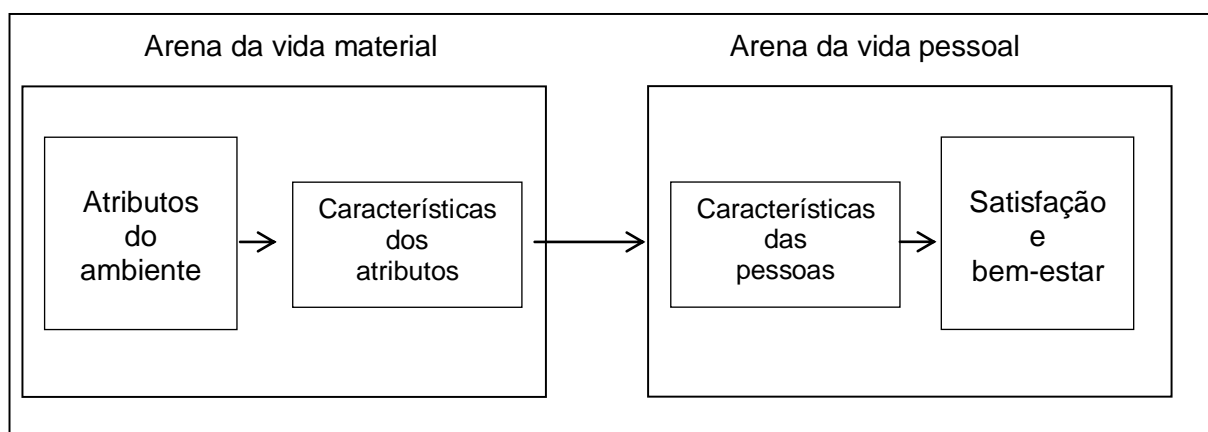
Além de considerar o território, nos estudos de qualidade de vida, sob a perspectiva das condições materiais (como observado logo acima) Vitte (2009) faz alusão a outro aspecto importante na qualidade de vida - a subjetividade:

[...] quando se considera o território não podem ser desprezadas as questões relativas à subjetividade, à cultura e à sua manifestação no território, pois um dos critérios que devem ser considerados na avaliação da qualidade de vida é a relação satisfação/identidade/pertencimento territorial de uma comunidade ou mesmo de um indivíduo. (VITTE, 2009, p.114).

Essa observação de Vitte (2009) vai ao encontro de estudos sobre qualidade de vida realizados na Geografia cuja preocupação é a de discutir e desenvolver modelos teóricos e operacionais que possam permitir estabelecer a relação entre os fenômenos objetivos e subjetivos, coletivos e individuais tendo como pano de fundo o ambiente urbano.

Nesse caso, pesquisadores como Rogerson, Pacione, Marans, Kamp, Kruize, Staatsen, Hollander, Poll (estes cinco últimos pertencentes ao Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente da Holanda, ou RIVM) trouxeram muitas contribuições para a discussão desse assunto.

Rogerson (1995), por exemplo, ao abordar a existência dessa possível relação entre o sujeito e o entorno na interpretação de qualidade de vida considerou que esse construto abrange dois conjuntos de componentes e processos que são o mecanismo interno psicológico-fisiológico responsável por produzir uma sensação de satisfação com a vida e as condições externas responsáveis por acionar esse mecanismo. A partir disso o autor propõe um modelo de relação baseado no contexto do lugar e na pesquisa ambiental, usando a distinção entre as condições externas ou coisas denominadas de arena da vida material e as condições internas ou os fatores pessoais denominadas de arena da vida pessoal.



Quadro 3 - Qualidade de vida: vida material e vida pessoal

Fonte: adaptado de Rogerson, 1995.

Para Rogerson (1995) a arena da vida material se refere ao entorno físico, social e econômico encontrado no lugar em que o indivíduo vive e compreende uma série de bens e serviços (denominados de atributos do entorno) cuja provisão funcionaria como uma espécie de “gatilho” ambiental para satisfazer ou não as necessidades dos indivíduos e grupos. Logo, segundo Rogerson (1995), uma avaliação de qualidade de vida em uma região ou lugar pode ser baseada na avaliação da presença ou ausência dessas condições necessárias e na avaliação de

suas características (isto é, acesso a essas condições, frequência de fornecimento dessas condições, eficiência dessas condições em trazer satisfação).

Já a arena pessoal inclui a avaliação subjetiva da qualidade de vida medida em termos de satisfação alcançada (tomando como referência o uso dos atributos do ambiente da arena material) e refletiria as experiências passadas e atuais dos indivíduos e as relações com outros indivíduos que influenciariam os seus valores e as suas preferências. Rogerson (1995) expõe nesse modelo então, que qualidade de vida se fundamenta na relação entre aquilo que o entorno fornece para o indivíduo e a percepção que o indivíduo tem do ambiente que o cerca.

Para Pacione (2003) por sua vez, estudar qualidade de vida com o enfoque no ambiente pode ser uma das questões-chave para pesquisas realizadas no âmbito da Geografia Urbana. Nesse tipo de pesquisa introduz-se o conceito de indicadores sociais territoriais na identificação e análise das variações socioespaciais na qualidade de vida por meio de diferentes escalas geográficas (do local ao global) usando-se geralmente medidas objetivas derivadas de estudos de campo ou de análises baseadas em censos e dados.

Segundo Pacione (2003) o interesse sobre a avaliação da qualidade de vida baseada nesse modelo, teria como principal razão o fato da riqueza de uma nação ou de um lugar não se transferir para a sociedade como um todo gerando desigualdades materiais e de oportunidades que se refletem na desigualdade socioespacial.

Marans (2003) discute subjetividade e território ao considerar que a qualidade de um lugar é um fenômeno subjetivo e que cada indivíduo que ocupa aquele lugar pode ter uma visão diferente dele o que por sua vez, seria reflexo da percepção e avaliação de um número de atributos do lugar que seriam influenciadas por certas características do ocupante, de suas necessidades e experiências passadas. Além disso, ele sugere que a percepção que o indivíduo tem e avaliação que ele faz dos atributos do lugar estão associadas com os próprios atributos.

Já Kamp et al (2002) ao traçarem um amplo panorama a respeito da qualidade de vida urbana identificaram modelos que se fundamentam na interação entre as condições ambientais e respostas humanas que têm como principais aspectos investigar:

- os domínios utilizados que estão relacionados à perspectiva pela qual o indivíduo é abordado, embora em princípio todos os atributos do ambiente e todas as características das indivíduo são domínios relevantes na relação indivíduo-ambiente;
- o nível de escala geográfica apresentado em diferentes níveis de definição (por exemplo, rua, vizinhança, cidade) e de aspectos da condição de vida (por exemplo, idade, educação);
- a necessidade da inclusão tanto de indicadores objetivos como de subjetivos no estudo da relação indivíduo-ambiente;
- o dinamismo da relação causal entre o indivíduo e o ambiente em que tanto os eventos (mudanças no ambiente), quanto o comportamento do indivíduo podem influenciar o ambiente. Nessa relação, os autores discerniram três abordagens: a econômica, a normativa e a psicológica que podem tornar a qualidade de vida operacional, por exemplo, investigando-se a percepção que o indivíduo tem sobre seu local de residência ou no seu comportamento;
- que avaliação da qualidade é contexto dependente e varia com o tempo. Nesse caso duas teorias foram consideradas relevantes pelos autores: a da comparação onde se assume que a satisfação ou a percepção da qualidade é um produto da comparação de situações, uma comparação entre a situação desejada e a real e uma comparação com a situação de outros indivíduos e a da habitabilidade (condição de vida) em que se assume que a qualidade percebida é dependente das qualidades objetivas.

Acerca de todos esses aspectos que envolvem a discussão sobre qualidade de vida, Nahas (2009) traça um abrangente painel e considera relevante nessa discussão que:

- a despeito do progresso e avanço tecnológico, o modelo de desenvolvimento adotado ampliou a desigualdade na distribuição de bens e serviços e nas condições de vida da população e aprofundou a degradação ambiental;
- ficou evidenciada a incapacidade desse modelo de desenvolvimento gerar mais e melhor qualidade de vida pois, agravou-se a situação social e ambiental e consolidaram-se as disparidades socioespaciais;

- esse quadro provocou a discussão sobre a equidade na distribuição dos recursos e benefícios e no acesso da população à satisfação de suas necessidades básicas essenciais e consolidou o compromisso das gerações atuais para com as futuras de assegurar a qualidade ambiental;
- essas questões apontaram para uma necessidade de redefinição do conceito de qualidade de vida com crítica às concepções de crescimento ilimitado;
- qualidade de vida incorporou então, a questão da equidade na distribuição de bens e serviços e passou a ser utilizada também para designar aspectos imateriais e intangíveis da vida humana colocando-se como contraponto à avaliação do desenvolvimento restrita a indicadores econômicos;
- essa nova perspectiva conceitual embutiu os indicadores sociais na mensuração da qualidade de vida;
- foram desenvolvidas iniciativas para avaliar aspectos psicológicos de qualidade de vida e a percepção da população acerca das condições objetivas da vida, já que os indicadores sociais mantiveram-se distantes das aspirações e objetivos dos indivíduos;
- em razão do aprofundamento da consciência ecológica o conceito de qualidade de vida vinculou-se ao de qualidade ambiental.

A partir dessa síntese depreende-se que a mensuração da qualidade de vida sempre esteve ligada à concepção de desenvolvimento humano predominante e à busca de indicadores que melhor espelhassem essa concepção. Como essa temática é importante para este estudo ela será apresentada no próximo item.

2.3 Aspectos metodológicos – a mensuração do conceito de qualidade de vida

Concomitantemente à discussão teórica sobre o conceito qualidade de vida (o que é?) surgiu entre os pesquisadores uma preocupação metodológica quanto às possibilidades de operacionalização do conceito (o que medir, como medir

e para que medir?). Nesse contexto metodológico invariavelmente entram em cena, na avaliação da qualidade de vida medidas relacionadas aos aspectos objetivos, aos aspectos objetivos especializados e aos aspectos subjetivos e que serão discutidas nos subitens abaixo.

2.3.1 Medindo a qualidade de vida por indicadores objetivos

A partir da emergência do movimento dos indicadores sociais nas décadas de 1960 e de 1970 surgiram estudos, na década de 1970, sobre indicadores sociais que poderiam dar maior abrangência para as avaliações de qualidade de vida e que seriam úteis para estabelecer estimativas e avaliações, conhecer as causas das tendências sociais e para fundamentar a elaboração e a avaliação de políticas voltadas para o bem estar.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) o uso desses indicadores sociais parte do pressuposto de que se reconhece um patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida e de que este patamar mínimo corresponde às necessidades materiais mais elementares dos seres humanos, representadas por noções de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Minayo, Hartz e Buss (2000) apontam que, como esses elementos universais são passíveis de mensuração e comparação é possível construir instrumentos que podem abarcar e ao mesmo tempo sintetizar diferentes dimensões geralmente consideradas objetivas e mensuráveis.

A partir desse reconhecimento multidimensional da qualidade de vida o que se observa é que múltiplos indicadores têm sido utilizados e considerados como representantes na formulação teórica e metodológica da qualidade de vida.

Forattini (1991), por exemplo, afirma que é possível agrupá-los em relação aos aspectos:

- a) ambientais, que englobam a qualidade do ar, da água e do solo, domesticação e domiciliação;

- b) habitacionais, que envolvem a disponibilidade espacial e as condições de habitabilidade;
- c) urbanos, que dizem respeito à concentração populacional, comunicação, transporte, segurança e poluição;
- d) sanitários que avaliam assistência médica, morbidade e mortalidade;
- e) sociais que englobam sistemas de classes, nível socioeconômico, consumo, sexualidade, condições de trabalho, lazer e sistema político-administrativo.

Brown, Bowling e Flynn (2004) ao fazerem uma revisão bibliográfica sobre os modelos de qualidade de vida observaram que os vários estudos a respeito da qualidade objetiva se fundamentaram em um número elevado de indicadores sociais e estes incluíam os relacionados aos aspectos:

- econômicos que compreendiam renda, trabalho, tipo de ocupação, situação ocupacional, tipo de propriedade da moradia, propriedade de bens duráveis, transações bancárias, bens de consumo (disponibilidade de comida, itens de consumo diário, propriedade de veículos automotores);
- educacionais que abrangiam nível de escolaridade, padrão e disponibilidade de escolas;
- culturais que se referiam à disponibilidade de atividades de lazer e de recreação (quantidade de restaurantes, teatros, cinemas, equipamentos esportivos e de lazer);
- sociais que incluíam participação social, classe social, relação familiar;
- de saúde que se referiam à expectativa de vida, serviços médicos, ocorrência de doenças infecciosas, capacidade funcional, comportamentos saudáveis, estilo de vida;
- ambientais que se associavam às condições da moradia (local, padrão, presença de utensílios domésticos, serviços de manutenção e de pintura), oferta de serviços (iluminação e saneamento básico) e transporte público, aspectos do trânsito, níveis de criminalidade, condições climáticas e poluição do ar;
- demográficos que incluíam idade, sexo, estado civil, etnia;

- políticos que se referiam à estabilidade política, cumprimento da legislação, censura, limitação à liberdade individual.

De um modo geral o uso de todos esses indicadores traduz um esforço de operacionalização da qualidade de vida, contribui para o desenvolvimento do conceito e permite seu uso no planejamento de desenvolvimento socioeconômico e nas práticas de gestão pública ao apontar, entre outras coisas para o atendimento (ou não) das necessidades básicas.

Um exemplo bastante conhecido e difundido de agregação de indicadores sociais de cunho objetivo é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elaborado pela ONU com a intenção, segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), de deslocar o debate sobre desenvolvimento (e, por extensão sobre a qualidade de vida) do eixo puramente econômico para aspectos de natureza social e cultural (tendo o economista Amartya Sen como o seu principal idealizador).

Na concepção do IDH, os indicadores objetivos renda (medida pelo PIB/per capita), saúde (medida pela expectativa de vida ao nascer) e educação (medida por taxas de alfabetização) são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população.

Como apontam Vitte et al (2002) o IDH fundamenta-se em algumas concepções bastante interessantes na justificativa da escolha desses três elementos que são:

- uma maior longevidade indica melhora de qualidade de vida, porque viver mais é uma realização valorizada;
- uma maior longevidade pode ser vista como aumento da liberdade de viver mais, baseada no potencial dos indivíduos de cuidarem de si mesmos;
- uma boa saúde é uma efetivação em si mesma e também pode aumentar a produtividade;
- a educação é uma efetivação que influencia na capacidade de exercer a liberdade, pode melhorar a produtividade, contribuindo para uma melhor distribuição de renda e além do mais auxilia na escolha inteligente entre diferentes tipos de vida que um indivíduo pode levar.

Tais concepções, segundo Vitte et al (2002) partem do pressuposto de que o desenvolvimento humano deve ser entendido a partir de certas efetivações humanas (entendidas aqui por conquistas dos indivíduos) e da expansão das capacidades de desempenhar certas funções. Na concepção do IDH, a saúde e a educação seriam estados ou habilidades que permitiriam uma expansão das capacidades, sendo o inverso (ou seja, as limitações em ambos) um obstáculo à realização plena das potencialidades humanas.

Apesar das críticas (como observaram GUIMARÃES e JANUZZI, 2005) o IDH vem recebendo aceitação ampla pela facilidade na obtenção dos índices que o compõem, disponíveis na maioria dos países e regiões do mundo e por permitir comparações em recortes espaciais distintos chegando a um nível de desagregação municipal como ocorreu no Brasil com a geração do IDH-M (desenvolvido pelo IPEA/PNUD) que mede as mesmas dimensões do IDH, mas com indicadores diferentes na dimensão educação que considera a taxa de alfabetização de indivíduos acima de 15 anos de idade e a taxa bruta de frequência à escola.

Para efeito de comparação entre os municípios e de evolução dos indicadores desde 1998 o IPEA vem expondo esses indicadores no Atlas de Desenvolvimento Humano cuja última versão é a de 2013 que se baseia nos dados censitários do ano 2010.

Segundo este Atlas, Presidente Prudente, por exemplo, apresentou um IDH-M de 0,806, o que coloca o município como de desenvolvimento humano muito alto, segundo critérios do PNUD, ocupando a 25ª posição entre os municípios do Brasil e a 13ª posição entre os municípios do Estado de São Paulo. O relatório do Atlas mostrou que houve uma melhora de 8% no índice em relação ao ano de 2000 no município, que foi menor do que a melhora observada no Estado de São Paulo (11,5%) e no Brasil (18,8%).

Segundo Nahas (2009) esse tipo de metodologia gerou no Brasil diversas iniciativas de elaboração de indicadores objetivos agregados em índices para avaliar as condições de vida e o nível de qualidade de vida da população no meio urbano.

Minayo, Hartz e Buss (2000) apontam como exemplo desse tipo de metodologia o Índice de Condições de Vida (ICV) que foi criado para ser utilizado em

microrrealidades municipais e que tinha na sua composição 20 indicadores agrupados em cinco dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade.

A partir desses exemplos do IDH e do ICV observa-se um avanço metodológico na utilização de indicadores objetivos para medir qualidade de vida ou aspectos que poderiam influenciar a qualidade de vida. Para esse avanço metodológico contribuiu bastante a utilização de sistemas georreferenciados que permitiram trabalhar os indicadores objetivos sob a perspectiva do território em níveis de desagregação cada vez maior.

2.3.2 Medindo a qualidade de vida por indicadores objetivos espacializados

Nahas (2009) destaca uma série de experiências brasileiras que surgiram desde meados da década de 1990 que elaboraram metodologias de construção de índices de qualidade de vida cujas estruturas são baseadas na espacialização das condições de vida.

Entre os exemplos citados pela autora estão:

- o Índice Sintético de Satisfação de Qualidade de Vida (ISSQV) desenvolvido pela administração municipal de Curitiba-PR, que é composto por indicadores georreferenciados em todos os bairros da cidade e que visa expressar a condição de acesso aos indicadores sociais habitação, saúde, educação e transporte. Seu cálculo produziu, entre outras coisas, uma possibilidade de visualização espacial dos níveis de carência ou de satisfação das necessidades sociais da cidade;
- o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) desenvolvido em Belo Horizonte-MG (pela administração municipal e por um conjunto de pesquisadores da PUC/MG) que é composto por indicadores georreferenciados nas unidades de planejamento da cidade, que busca dimensionar a oferta de equipamentos e serviços a partir dos seguintes indicadores: abastecimento alimentar, assistência social, cultura, educação,

esportes, habitação, infraestrutura, saúde, segurança e serviços urbanos. Seu cálculo permitiu identificar as unidades onde há menor oferta e menor acessibilidade espacial a serviços;

- o Índice de Exclusão Social (IEx) desenvolvido em São Paulo-SP a partir do mapa da exclusão social/inclusão social da cidade que é composto por indicadores georreferenciados nos distritos administrativos e que visa dimensionar o acesso a quatro variáveis: autonomia, desenvolvimento humano, qualidade de vida e equidade. Seu cálculo permitiu identificar as discrepâncias existentes entre os distritos e mensurar as desigualdades socioespaciais;
- o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) desenvolvido em Belo Horizonte-MG (pela mesma equipe do IQV) a partir do mapa da exclusão social da cidade que é composto por indicadores georreferenciados nas unidades de planejamento que buscam quantificar o acesso à cinco dimensões: ambiental, cultural, econômica, jurídica e segurança de sobrevivência.

Além das grandes cidades outra experiência semelhante aos mapas da exclusão de São Paulo-SP e Curitiba-PR foi desenvolvida por um grupo de pesquisa da FCT/UNESP de Presidente Prudente-SP. A metodologia empregada foi baseada em um sistema de indicadores georreferenciados tendo como unidade espacial de análise os setores censitários e se referiam às dimensões demográfica, ambiental, econômica e educacional (ALMEIDA et al, 2010). Seu cálculo permitiu identificar discrepâncias existentes entre os setores, mensurar as desigualdades socioespaciais e gerar mapas de exclusão/inclusão social em Presidente Prudente-SP e em várias cidades médias do interior paulista, deslocando o debate da exclusão social para além apenas da perspectiva das metrópoles.

2.3.3 Medindo a qualidade de vida subjetiva

A investigação da qualidade de vida sob a ótica da subjetividade tem sido cada vez mais considerada no âmbito da pesquisa e na formulação de políticas

públicas, ultrapassando a concepção de que “medidas subjetivas são distorcidas pela combinação de opinião informada com opinião espontânea, desinformada e emocional” (JOHANSSON, 2002).

Estudar qualidade de vida dessa perspectiva pode ter fundamento na interpretação de Keinert, Keinert e Fefferman (2009) que qualidade de vida se refere a aspectos mais complexos do que a cobertura das necessidades básicas, sendo um conceito que lida com interpretações subjetivas, devendo-se levar em conta as percepções individuais e coletivas.

A princípio a subjetividade em qualidade de vida foi investigada baseando a sua associação ao conceito de bem estar subjetivo e felicidade. Basicamente, nesse tipo de investigação, os instrumentos são elaborados partindo do pressuposto de que os indivíduos estariam mais preocupados com a sua autorrealização do que com suas necessidades materiais. Por isso a sua estrutura é baseada em questões que contemplam reflexões sobre “o quão bem um indivíduo se sente com a sua vida”.

Um exemplo de estudo com essa estrutura foi realizado por Diener et al (1998) que investigou a importância do bem estar para estudantes universitários de 42 países por meio das questões “Com que frequência você pensa sobre satisfação com a vida e sobre a felicidade” e “O quanto é importante a satisfação com a vida, a felicidade e o dinheiro” (DIENER, 2000).

Outro tipo de estudo sobre a subjetividade em qualidade de vida utiliza, na elaboração dos instrumentos, procedimento metodológico que associa a percepção do indivíduo (em termos de satisfação ou insatisfação) com os bens e serviços que lhe são (ou não) oferecidos. Desse modo, ultrapassa-se a noção de bem estar social baseada apenas na quantidade de bens e serviços à disposição da população (KEINERT, KEINERT e FEFFERMAN, 2009) ampliando-se as perspectivas de se considerar a qualidade de vida unicamente por meio de indicadores objetivos ou subjetivos.

Considerando essa associação, Leva (2005) elabora um modelo que baseia a definição de qualidade de vida a partir da interação de quatro componentes fundamentais: o indivíduo, a sociedade, as necessidades e os recursos materiais e

imateriais em forma de bens e serviços cujo uso e/ou consumo permitem a satisfação dessas necessidades (chamado pelo autor de “satisfactores”).

Para Leva (2005) o equilíbrio entre os “satisfactores” desejados e os obtidos indicaria o grau de satisfação (ou insatisfação) de cada componente de necessidade, embutido no conceito de qualidade de vida.

Quanto à busca de indicadores subjetivos, os instrumentos utilizados sempre envolvem alguma avaliação de circunstâncias (ou condições) da vida que, segundo Veenhoven (2000), implica em uma atividade cognitiva, intelectual de avaliação das experiências passadas e estimativa das experiências futuras que demanda uma avaliação de prioridades e valores relativos.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) neste tipo de investigação tem-se como princípio avaliar a opinião dos indivíduos sobre o que eles sentem ou pensam das suas vidas ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida. Como um exemplo brasileiro dessa interação do subjetivo com o objetivo na estrutura do instrumento, os autores apontam o Índice de Qualidade de Vida (IQV) criado pelo jornal Folha de São Paulo e desenvolvido pelo Instituto Datafolha que inclui um conjunto de nove aspectos (trabalho, segurança, estudo, lazer, dinheiro, moradia, serviços de saúde, qualidade do ar, transporte) avaliados a partir do ponto de vista dos entrevistados habitantes da cidade de São Paulo (estratificados por sexo, idade, escolaridade, faixa de renda e categoria social) por meio da pergunta chave “grau de satisfação”.

Outro exemplo dessa possibilidade de investigação foi o instrumento elaborado pela equipe do Projeto Observatório Qualidade de Vida de Santo André, modelado a partir da metodologia do IQV, cuja estrutura englobou 10 fatores considerados impactantes pela população do município de Santo André: poder aquisitivo, educação, lazer, moradia, qualidade do ar, saúde, segurança, trabalho, trânsito e qualidade dos serviços, que foram avaliados ao se perguntar para o indivíduo qual era o fator que considerava mais importante para a felicidade. O IQV total gerou, por sua vez, uma análise com os resultados variando entre péssimo, insatisfatório e satisfatório e possibilitou a obtenção de um quadro geral da percepção da qualidade de vida e de quais os domínios eram os mais afetados

permitindo conhecer o impacto das políticas públicas implantadas no município naquele momento (KEINERT, KEINERT e FEFFERMAN, 2009).

Outra metodologia que faz uma abordagem da qualidade de vida por meio da subjetividade expressa pela satisfação do indivíduo com as várias dimensões da vida é a que foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Embora essa agência tenha tido como preocupação central discutir a qualidade de vida no âmbito da área da Saúde, vislumbra-se nesse processo teórico de construção de um conceito e de elaboração metodológica, muitas questões sobre qualidade de vida discutidas em outras áreas de conhecimento e que foram fundamentais para fazer da qualidade de vida objeto de pesquisa interdisciplinar. Por esse motivo o papel da OMS na discussão da qualidade de vida torna-se importante referencial teórico para este estudo e será apresentado na sequência.

Por meio de uma série de textos que descreveram o processo de tradução e validação para o Brasil de instrumentos de avaliação de qualidade de vida da OMS, Fleck et al (1999), Fleck et al (1999), Fleck (2000); Fleck et al (2000), Fleck et al (2003), Fleck, Chachamovich, Trentini (2003) sintetizaram a busca da agência máxima da saúde no mundo por uma concepção de qualidade de vida. Nesses textos, esses autores expõem as motivações e preocupações da OMS sobre o assunto, assim como elucidam a construção dos processos de elaboração de uma concepção de qualidade de vida e de desenvolvimento de uma metodologia que expressasse essa concepção.

De uma maneira geral esses textos destacam que os fatores que motivaram a OMS a discutir teoricamente qualidade de vida na década de 1990 foram:

- a insatisfação da agência com as políticas em saúde vigentes e com a formação dos profissionais de saúde que priorizavam o controle da morbidade e mortalidade, desconsiderando a própria definição de saúde da agência: estado completo de bem-estar físico, mental, social e não meramente ausência de doença;
- a existência desde a década 1980 de estudos na área da Saúde que tinham como objetivo desenvolver metodologias de avaliação do impacto de doença,

- de percepção da saúde e de disfunção/estado funcional indicando uma possibilidade de ampliação do conceito de saúde por meio da subjetividade;
- a existência de instrumentos de qualidade de vida elaborados somente nos Estados Unidos e na Europa o que, para a OMS, tornava o seu uso transcultural questionável;
 - a dificuldade em definir construtos subjetivos baseados nos modelos e concepções de qualidade de vida que poderiam se aproximar da visão holística de bem estar defendida pela agência e que levassem em conta a influência de características temporais e culturais;
 - a inexistência de uma estrutura metodológica que avaliasse a qualidade de vida *per se*, com uma perspectiva internacional.

Com a finalidade de discutir as questões oriundas desse quadro a OMS congregou um grupo de especialistas e constituiu um Grupo de Qualidade de Vida (*The WHOQOL Group*, 1993) que iniciou a construção de um arcabouço teórico inédito, que pudesse dar sustentação a um conceito de qualidade de vida e a uma metodologia que permitisse a construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que fosse transcultural e tivesse aplicação universal.

Segundo Power (2008) o primeiro passo dado pelo Grupo envolveu uma revisão em colaboração internacional na busca de uma definição de qualidade de vida elaborada a partir do conceito de saúde da OMS e fundamentada, segundo Fleck (2008) em um modelo de satisfação baseado nos estudos de bem estar de Diener e sobre a subjetividade de Calman realizados nas décadas de 1970 e 1980 e na teoria das necessidades de Maslow elaborada na década de 1950. Em decorrência disso, qualidade de vida foi definida segundo Fleck (2008, p.25) como: “A percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

Para Fleck (2008) depreende-se de tal concepção que qualidade de vida:

- é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais;
- reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente, ou seja, o que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico e sim a percepção do indivíduo.

Fleck (2008) aponta que, na formulação dessa concepção, três aspectos foram considerados fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade.

No caso da subjetividade, a OMS considera a perspectiva do indivíduo prevalecente em relação à realidade objetiva, que é levada em consideração na medida em que é percebida pelo indivíduo.

Quanto à multidimensionalidade a agência entende que o construto é composto por diferentes dimensões, das quais quatro são consideradas as mais importantes: a física, a psicológica, a social e a ambiental, que são interpretadas a partir de como os indivíduos percebem a sua condição física, a sua condição cognitiva e afetiva, seus relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida e os aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Em relação à bipolaridade o construto foi desenvolvido para abranger dimensões positivas da vida (por exemplo, a mobilidade, o desempenho de papéis sociais, a autonomia) e dimensões negativas (por exemplo, dor, fadiga, dependência). Tal aspecto vai ao encontro do pensamento vigente na OMS, de que a interpretação de uma condição de vida deve ser feita baseada não apenas nas limitações impostas pela condição, mas também na possibilidade da integração plena do indivíduo ao seu convívio social.

Depois desse processo de elaboração conceitual os passos posteriores foram na direção da construção de um instrumento de avaliação de qualidade de vida e compreenderam: a distribuição da definição de qualidade de vida entre os aspectos da vida considerados necessários para uma abrangência completa do construto; a definição desses aspectos (que foram denominados de facetas) e a

geração de um conjunto global de questões a partir do qual as perguntas do instrumento a ser elaborado derivariam (POWER, 2008).

A partir dessas premissas, foi gerado em 1998 o primeiro instrumento do grupo WHOQOL, que foi denominado de World Health Organization Quality of Life-100 (ou WHOQOL-100) que segundo Fleck et al (1999) se caracterizou por um enfoque transcultural considerado original e foi desenvolvido por meio dos seguintes passos:

1. Criação de um único instrumento de forma colaborativa simultânea em diferentes centros, selecionados de forma a incluir países com diferenças de nível de industrialização, de disponibilidade de serviços de saúde, de importância dada à família e à religião dominante, possibilitando assim, que culturas diversas participassem da operacionalização dos domínios para a avaliação de qualidade de vida, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa, o que possibilitou equacionar as dificuldades referentes à padronização, equivalência e tradução à medida que se desenvolvia o instrumento.
2. Emprego de um método que utilizou uma entrada de dados baseado em um processo de repetição do número e da variedade de facetas, realizado entre os pesquisadores com a consolidação e revisão da informação em cada estágio do desenvolvimento do instrumento, o que permitiu que as impressões dos especialistas em qualidade de vida, dos indivíduos com problemas de saúde e profissionais de saúde estivessem contínua e repetidamente influenciando o processo.
3. Realização de um método de tradução do instrumento que envolveu a tradução e retrotradução e também a discussão, em grupos focais, da versão com indivíduos com problemas de saúde, profissionais de saúde e membros da comunidade que permitiu a incorporação de várias sugestões às traduções.

De forma resumida os diferentes estágios do desenvolvimento do WHOQOL-100 são mostrados no Quadro 4.

Estágio	Método	Produto	Objetivos
1) Clarificação do conceito	revisão por especialistas internacionais	- definição de qualidade de vida - definição de um protocolo para o estudo	estabelecer um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional de sua avaliação
2) Estudo piloto qualitativo	- revisão por especialistas - grupos focais - painel escrito de especialistas e leigos	- definição de domínio e subdomínio - elaboração de um conjunto de questões	explorar o conceito de qualidade de vida por intermédio das culturas e gerar questões
3) Desenvolvimento de um Piloto	administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 50 indivíduos saudáveis e para 250 com problemas de saúde	padronização de um questionário de 300 questões	refinar a estrutura do WHOQOL e reduzir o conjunto de questões
4) Teste de campo	aplicação em grupos homogêneos de indivíduos com problemas de saúde	- estrutura comum de domínios - conjunto de 100 questões - escala de respostas equivalentes nas diferentes línguas	estabelecer propriedades psicométricas do WHOQOL

Quadro 4 – Estágios no desenvolvimento do WHOQOL-100

Fonte: Fleck et al, 1999.

No processo de validação psicométrica, o reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK et al, 1999).

Após o questionário piloto, usado para testar as propriedades psicométricas do instrumento chegou-se à versão final com 100 questões distribuídas em seis domínios e 24 facetas conforme observado no Quadro 5.

WHOQOL-100	
Domínio	Faceta
Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso
Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
Nível de Independência	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Social	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual
Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima 23. Transporte
Espiritual	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Quadro 5 - Domínios e facetas do WHOQOL-100

Fonte: Fleck et al, 1999.

Além das 24 facetas específicas, foi incluído na arquitetura do instrumento, um domínio global que contém questões gerais sobre a percepção de qualidade de vida e sobre a satisfação com o estado de saúde (FLECK et al 1999).

Segundo Power (2008) a base teórica para a elaboração da estrutura do instrumento foi inspirada na teoria da hierarquia das necessidades de Maslow conferindo à concepção de qualidade de vida um caráter hierárquico que coloca o bem-estar geral no topo, os domínios no nível intermediário e os componentes (facetas) de cada domínio na base, possibilitando assim, analisar o conteúdo da qualidade de vida em toda a sua extensão.

Além disso, para graduar a percepção do indivíduo em relação à sua satisfação com as facetas foi estabelecida uma estrutura de opções de respostas

para cada questão que foi baseada na escala tipo Likert. Nesse caso as questões do WHOQOL-100 foram formuladas para quatro escalas qualitativas de respostas de cinco pontos e que foram aplicadas de acordo com o conteúdo da questão (Quadro 6). Segundo Chachamovich e Fleck (2008) essa formulação seguiu todo um processo semântico que pudesse viabilizar a tradução do instrumento para outras línguas.

Escala	Palavras-âncora
Intensidade	1. nada 2. muito pouco 3. mais ou menos 4. bastante 5. extremamente
Capacidade	1. nada 2. muito pouco 3. médio 4. muito 5. completamente
Avaliação	1. muito insatisfeito 2. insatisfeito 3. nem satisfeito nem insatisfeito 4. satisfeito 5. muito satisfeito
	1. muito ruim 2. ruim 3. nem ruim nem bom 4. bom 5. muito bom
	1. muito infeliz 2. infeliz 3. nem feliz nem infeliz 4. feliz 5. muito feliz
Frequência	1. nunca 2. raramente 3. às vezes 4. repetidamente 5. sempre

Quadro 6 - Escalas qualitativas do WHOQOL-100

Fonte: Fleck et al, 1999.

Após todo o processo de elaboração da estrutura do instrumento foram realizados: testes psicométricos para visualizar a sua aplicabilidade; processos de

tradução para todos os países participantes no sentido de universalizar a concepção e a avaliação de qualidade de vida por meio desse modelo e o desenvolvimento de outros instrumentos que permitissem ampliar essa aplicabilidade ou que explorassem outros aspectos que foram considerados importantes para a OMS, mas que, por motivos metodológicos não foram incluídos no WHOQOL-100.

Nesse caso, segundo Chachamovich e Fleck (2008) o uso crescente do WHOQOL-100 passou a apontar características positivas (representadas pela robustez psicométrica) e limitações (a extensão) do questionário tornando o instrumento adequado e potente para avaliações individuais, mas muito longo para outros usos.

Associado a essas questões havia o interesse em utilizar medidas de qualidade de vida em estudos de base populacional ou em conjunto com outras medidas o que fez com que o Grupo WHOQOL em 1998 se empenhasse em desenvolver um instrumento mais curto – o WHOQOL-BREF (CHACHAMOVICH e FLECK, 2008). Segundo Fleck et al (2000) na premissa dessa elaboração estava a garantia de se desenvolver um instrumento mais curto, mais manejável, que demandasse menos tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias do WHOQOL-100.

Os passos do desenvolvimento do WHOQOL-BREF foram semelhantes àqueles do WHOQOL-100 sendo que, com relação à seleção das questões, o critério para a composição do questionário partiu do pressuposto que o WHOQOL-BREF deveria ter o mesmo embasamento teórico-conceitual do WHOQOL-100 o que determinou que, no mínimo, um item de cada uma das 24 facetas fosse selecionado (FLECK et al, 2000)

Segundo Chachamovich e Fleck (2008) cada item selecionado foi examinado por um painel escrito para determinar se ele representava o conteúdo de sua faceta de origem, o que garantiria ao item uma relevância conceitual e psicométrica semelhante à obtida no WHOQOL-100.

Essa análise psicométrica permitiu a retirada de itens e domínios (os domínios nível de independência e aspectos espirituais não foram considerados representativos, pois gerariam apenas um item, sendo incorporado então, ao domínio físico e domínio psicológico, respectivamente) o WHOQOL-BREF ficou

constituído por quatro domínios e 24 questões que avaliam cada uma, uma faceta e por duas questões globais sobre a percepção da qualidade de vida e a satisfação com o estado de saúde (Quadro 7).

WHOQOL-BREF	
Domínio	Faceta
Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Capacidade de pensar e de aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Social	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual
Ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima 23. Transporte

Quadro 7 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Fonte: Fleck et al, 2000.

As escalas usadas para o WHOQOL-BREF foram as mesmas daquelas para o WHOQOL-100, com exceção da sub-escala da avaliação que tinha as palavras-âncora muito infeliz, infeliz, nem feliz nem infeliz, feliz e muito feliz que foi retirada, após a questão “Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família” ter sido substituída, no WHOQOL-BREF pela questão “Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos)” que é respondida usando-se as palavras-âncora: muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito

Segundo Chachamovich e Fleck (2008) após uma detalhada análise psicométrica o WHOQOL-BREF mostrou-se uma alternativa de instrumento de medição de qualidade de vida aplicável a uma grande variedade de populações e em estudos nos quais outras medidas relacionadas à qualidade de vida sejam investigadas.

Além de todos estes aspectos que foram abordados na construção dessa estrutura teórico-metodológica que para o autor do presente estudo funciona como um elemento de aproximação e de análise das relações entre o objetivo e subjetivo na qualidade de vida, é importante observar que a principal preocupação da OMS foi a de utilizar esse construto para entender de uma maneira mais abrangente as complexas questões que permeavam a área da Saúde desde a década de 1970 e que fundamentaram as discussões teóricas sobre qualidade de vida na área da Saúde.

2.4 Qualidade de vida na área da Saúde

Segundo Fleck (2008) o progresso da medicina trouxe um marcado prolongamento na expectativa de vida ao proporcionar a cura de algumas doenças (as infecciosas principalmente) e a melhoria do tratamento para outras (as doenças crônico-degenerativas principalmente) que permitiu um controle dos sintomas ou o atraso do curso natural dessas doenças, prolongando a vida e possibilitando aos indivíduos conviver com a forma abrandada ou assintomática do problema.

Com a consolidação dessa situação, passou a ser importante dispor de metodologias de avaliação da forma como os indivíduos viviam os anos convivendo com a doença, surgindo então nesse contexto, a partir da década de 1970, a discussão do conceito de qualidade de vida como medida de desfecho em saúde.

Segundo WARE (1987), a partir disso surgiu a necessidade de se reavaliar o conceito anterior de saúde, que se baseava apenas no componente quantidade de anos vividos (ou seja, o sucesso de uma intervenção estava relacionado à longevidade, que é medida, por exemplo, por meio de taxas de

mortalidade ou aumento da expectativa de vida), em direção a um conceito considerado mais completo, que incluiria o componente qualidade de anos vividos, que deveria exigir a elaboração conceitual e metodológica de novas ferramentas de avaliação do estado de saúde, a partir da perspectiva do próprio indivíduo surgindo então dessa discussão o conceito qualidade de vida relacionada à saúde.

Para Fleck (2008) seis grandes vertentes teóricas fundamentaram o desenvolvimento desse conceito: os estudos sobre felicidade e bem-estar, os estudos sobre os indicadores sociais, a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em compreender o processo saúde-doença, a psicologia positiva que permitiu abordar as variáveis positivas da vida humana mesmo na presença da doença, a satisfação do indivíduo com os serviços oferecidos e a humanização da área da Saúde, baseada no estreitamento da relação entre os profissionais da saúde e os indivíduos com doença para otimizar e avaliar as intervenções.

Assim como aconteceu na discussão sobre qualidade de vida, o conceito qualidade de vida relacionada à saúde apresentou, desde a sua concepção, uma evolução que pode ser observada de uma perspectiva histórica. Segundo Seidl e Zannon (2004) a partir das décadas de 1980 e 1990 crescentes esforços foram feitos na elaboração teórica desse conceito resultando em um amadurecimento conceitual e metodológico, que foi refletido pelo acentuado crescimento dos estudos de qualidade de vida nessas duas décadas que, segundo Schwartzmann (2003) foram fundamentais para o interesse pelo conceito, tal como foi elaborado naquela época, até os dias de hoje.

Farquhar (1995 apud SEIDL e ZANNON, 2004, p.582) em estudo de revisão bibliográfica analisou a evolução do conceito e visualizou a possibilidade de classificar as definições de qualidade de vida relacionada à saúde até então existentes em quatro tipos:

- I. definição global relacionada às primeiras definições, que predominam até o meio dos anos 1980, consideradas muito gerais, centradas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida e desvinculadas de operacionalização;
- II. definições com base em componentes que surgem nos anos 1980 e embutem o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões.

Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito;

- III. definições focalizadas que valorizam os componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde; aparecem em trabalhos que usam o termo qualidade de vida relacionada à saúde e enfatizam aspectos empíricos e operacionais. Nesse momento desenvolvem-se instrumentos de avaliação de qualidade de vida para indivíduos com diferentes doenças;
- IV. definições combinadas que incorporam aspectos dos Tipos II e III, favorecendo aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Continua a ênfase em aspectos empíricos e operacionais, mas baseada no desenvolvimento de instrumentos de avaliação global.

Embora tenha existido um avanço teórico no sentido de discuti-lo e utilizá-lo com objetivos semelhantes ao conceito mais geral (principalmente no caso dos estudos que abordam a definição combinada), segundo Seidl e Zannon (2004) o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde parece implicar principalmente nos aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, dando uma conotação mais específica de qualidade de vida e afastando-a do referencial teórico sobre qualidade de vida discutida em âmbito geral como observado nos três exemplos de definição apresentados no Quadro 8.

Autor	Qualidade de vida relacionada à saúde
Guiteras e Bayés (1993)	Valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde
Patrick e Erickson (1993)	Valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde
Cleary et al (1995)	Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida

Quadro 8 - Definições de qualidade de vida relacionada à saúde

Fonte: Seidl e Zannon, 2004.

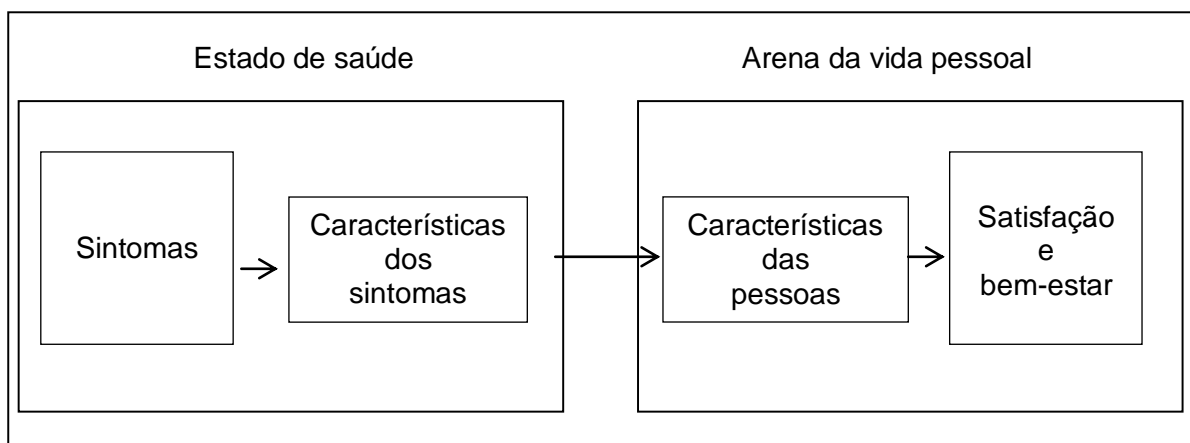
“Paciente”, “mudanças no estado de saúde”, “estados funcionais influenciados por doença”, “por tratamento” são expressões emblemáticas de tais concepções que podem ilustrar de certa forma aquilo que apontaram Minayo, Hartz e Buss (2000) de que o termo quase sempre se resumia ao campo médico, pois a tendência era usá-lo dentro do referencial da clínica, trazendo-se uma visão medicalizada ao colocar a doença em causa e não o processo relacionado a ela.

Fleck (2008) aponta ainda que os conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde são fundamentados no modelo funcionalista que considera que uma boa qualidade de vida está relacionada ao desempenho satisfatório do indivíduo quanto ao seu papel social e às funções que valoriza. Nesses conceitos a doença torna-se um problema na medida em que interfere no desempenho desses papéis fazendo com que a saúde seja implicitamente considerada o maior valor da existência.

Na década de 1990 com o interesse crescente pelo tema na área de saúde que foi motivado por vários fatores, amplia-se o referencial teórico em direção às concepções teóricas embutidas na discussão de qualidade de vida. A subjetividade (já existente em algumas concepções) é enfatizada e relacionada à multidimensionalidade e estes dois aspectos passam a figurar como relevantes principalmente sob a perspectiva da OMS, que tem o mérito de considerar a saúde como uma das dimensões importantes da qualidade de vida mesmo em situações de presença de doença.

É interessante observar que essa concepção subjetiva e multidimensional também foi explorada por Rogerson (1995) que procurou traçar uma relação de similaridade conceitual e metodológica de modelos de qualidade de vida relacionada à saúde com modelos de qualidade de vida.

Para esse autor, em muitos aspectos o conceito de qualidade de vida tem paralelos entre a ciência da saúde e as ciências sociais e nessa interpretação os modelos de qualidade de vida relacionada à saúde seriam muito similares aos modelos de qualidade de vida (cuja descrição se encontra no Quadro 3) ao se substituir o nível escalar do modelo geral (os atributos do ambiente) pelo do modelo mais específico (a presença de sintomas, da doença, do tratamento) como mostrado no Quadro 9.



Quadro 9 - Qualidade de vida relacionada à saúde

Fonte: adaptado de Rogerson, 1995.

Nesse caso a arena de vida material seria definida como medida de atributos de estado de saúde e suas características (ex: sintomas, taxa de mortalidade, uso do serviço) que forneceriam ao indivíduo a possibilidade de visualização dos componentes necessários para avaliar o estado de saúde e sua importância no escore de qualidade de vida, o que caracterizaria a arena de vida pessoal.

Além do objetivo de aproximação conceitual da qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde, Rogerson (1995) expõe nesse modelo a relação entre aquilo que o entorno fornece para o indivíduo e a sua percepção em relação a este entorno, também no caso da existência de uma doença e de suas consequências (sintomas, tratamento) colocando as questões objetivas e ambientais como elementos importantes da avaliação da qualidade de vida realizada na área da Saúde.

Assim como aconteceu com a discussão teórica sobre qualidade de vida no âmbito da pesquisa social, na área da Saúde paralelamente à discussão de modelos e conceitos de qualidade de vida, foi realizado o desenvolvimento metodológico do conceito principalmente a partir de meados da década de 1980.

A operacionalização da qualidade de vida relacionada à saúde é resultado direto do consenso de que a base da elaboração dos instrumentos seria a investigação do estado de saúde, a partir da percepção do indivíduo.

A partir disso, segundo Seidl e Zannon (2004) é possível identificar um interesse crescente da avaliação de qualidade de vida na área da Saúde como indicador:

- de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de indivíduos com agravos diversos;
- de comparação entre procedimentos para o controle de problemas da saúde;
- ligado às práticas cotidianas dos serviços de saúde, nos julgamentos clínicos de doenças específicas, para avaliar o impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para os indivíduos, permitindo um melhor conhecimento do indivíduo e de sua adaptação à condição;
- que pode ser incorporado ao trabalho do dia-a-dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Nesse caso, segundo Ciconelli (2003) a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é um modo de análise de todos os aspectos que merecem ser considerados na avaliação dos indivíduos doentes e tem se tornado uma ferramenta importante, particularmente como uma variável de medida de desfecho capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento.

Para essa autora os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde deveriam ser multidimensionais, permitindo inúmeras condições de avaliação em que os indivíduos com a mesma doença possam apresentar diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional.

Na área da Saúde a operacionalização da qualidade de vida tem sido feita por meio de dois tipos de medidas de concepções semelhantes (geralmente baseadas no modelo funcionalista), mas de estruturas diferentes denominadas de medidas genéricas e medidas específicas.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) as medidas genéricas são aquelas que usam questionários de base populacional sem especificar doenças, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde enquanto as medidas específicas dizem respeito à situações relacionadas ao cotidiano do indivíduo influenciado pela experiência de uma determinada doença,

agravo ou intervenção médica, sendo geralmente relacionadas com doenças crônico-degenerativas ou com as consequências crônicas dessas doenças (ou seja a presença de sequelas ou de medidas curativas ou reabilitadoras permanentes).

Já para Ciconelli (2003), do ponto de vista clínico, ambas as medidas podem ter conotações semelhantes, sendo que as genéricas teriam a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma ampla variedade da população, levando em consideração aspectos relativos à função (e disfunção) e ao desconforto físico e emocional, enquanto que as específicas avaliariam de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida em uma doença, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora de determinado aspecto em estudo.

Reconhece-se que tanto as medidas genéricas como as específicas apresentam vantagens e desvantagens e que seu uso está diretamente relacionado ao objetivo do estudo e também de sua disponibilidade no idioma e no contexto cultural onde possa ser usado.

São exemplos de instrumentos genéricos de concepção funcionalista que são muito usados na prática clínica e em pesquisas na área da Saúde: o *Nottingham Health Profile* desenvolvido por Hunt et al em 1980 e adaptado para o Brasil por Teixeira-Salmella et al (2004), o *Medical Outcomes Study Short Form-36* (SF-36) desenvolvido por Ware em 1987 e traduzido e validado para o Brasil por Ciconelli et al (1999) e o *Sickness Impact Profile* (ou SIP) desenvolvido por Bergner et al em 1981.

Outro instrumento genérico de ampla utilização é o WHOQOL cuja concepção biopsicossocial é a que mais se aproxima, na área da Saúde, dos aspectos multidimensionais observados na qualidade de vida estudada da perspectiva social.

Em relação aos instrumentos específicos são vários os utilizados, pois existe uma enorme variedade de doenças crônicas de potencial impactante que são objeto de interesse de avaliação e que serviram de fundamentação na elaboração desses instrumentos entre as quais a doença renal crônica, o diabetes, as doenças respiratórias crônicas entre outras.

Outro elemento considerado fundamental nessa discussão se refere às doenças crônico-degenerativas, que independente da concepção e metodologia utilizadas tem sido fonte inquestionável do estudo da qualidade de vida na área da Saúde. Basicamente esta situação ocorre porque esse tipo de condição tem crescente relevância epidemiológica, se caracteriza por ter evolução que traz potenciais impactos à vida do indivíduo e à saúde coletiva e espelha a concepção de saúde baseada em modelos de conotação social e interdisciplinar.

Em relação ao quadro epidemiológico podem-se destacar os seguintes aspectos relacionados às doenças crônico-degenerativas:

- estão associadas aos processos de transição demográfica e epidemiológica que foram impulsionados pelo processo de urbanização que provocou mudanças nos padrões de fecundidade e mortalidade com progressiva substituição de doenças infecciosas pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas como principais causas de morte (PAES-SOUZA, 2002; SANTOS-PRECIADO et al, 2003);
- sua maior prevalência, nos países industrializados, está associada ao declínio de mortalidade entre a população adulta, devido, por exemplo, à abordagens terapêuticas mais eficientes, o que acarretou, com o aumento da extensão da vida, o aumento da invalidez e a dependência crescente de serviços de saúde (PAES-SOUZA, 2002);
- têm peso estatístico cada vez maior na saúde pública mundial, superando gradativamente as doenças infecciosas mesmo nos países pobres. Dados da OMS (2008) indicam que elas respondem atualmente por 60% das mortes no mundo que ocorrem em grande parte em países de baixa renda nas populações pobres marginalizadas. Segundo Schmidt et al (2012) essas doenças foram responsáveis por 72% das mortes ocorridas no Brasil em 2007.
- têm alta prevalência no Brasil devido ao crescimento da renda, à industrialização e mecanização da produção, ao processo acelerado de urbanização, ao maior acesso a alimentos em geral, incluindo os

processados, e à globalização de hábitos não saudáveis que produziram rápida transição nutricional (SCHMIDT et al 2012);

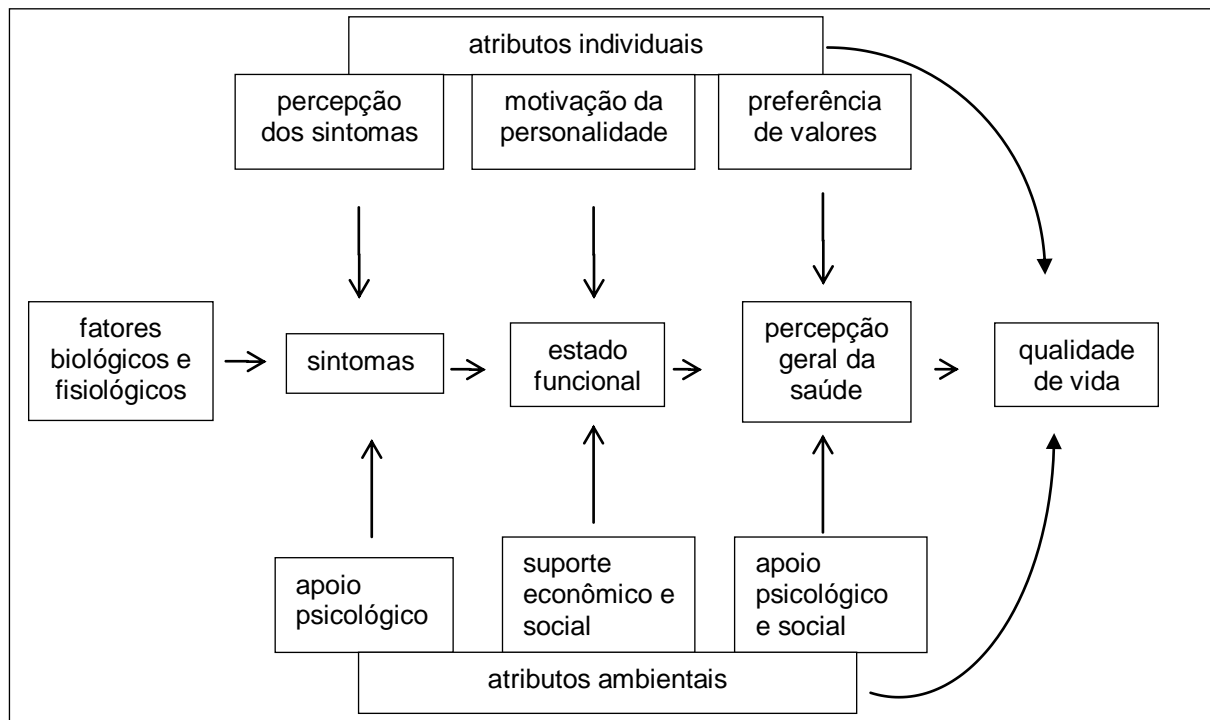
Em relação ao impacto ocasionado pelas doenças crônico-degenerativas observa-se que estas doenças são:

- geralmente incuráveis, permanentes, potencialmente incapacitantes, caracterizadas por alterações patológicas irreversíveis e que requerem um longo período de tratamento e cuidados de saúde (OMS, 2008);
- respondem por 47% do impacto (ou carga) global das doenças, que é medido pela mortalidade prematura e de anos vividos com incapacidade. Projeções da OMS (2008) apontam que, em 2020 cerca de 70% do impacto será causado por estas doenças especialmente o câncer, o diabetes, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas;
- respondem por 66% da carga de doença no Brasil tendo o grupo de doenças neuropsiquiátricas como principal causa, seguido das doenças cardiovasculares, infecciosas e parasitárias e doenças respiratórias crônicas (SCHRAMM et al 2004);

Quanto à relação das doenças crônico-degenerativas com os modelos de saúde de conotação social, que consideram que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos e que saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum* e que estão relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida, parte-se da premissa que essas doenças produzem impactos individuais que podem afetar várias dimensões da vida e a percepção do indivíduo em relação a elas e repercutir então na avaliação da qualidade de vida.

Nesse caso os modelos utilizados para a interpretação do impacto na percepção da qualidade de vida em indivíduos com doenças crônico-degenerativas têm considerado a complexidade produzida pelos múltiplos fatores que se inter-relacionam e que justifica a ampliação da avaliação do estado de saúde, realizada inicialmente por variáveis clínicas, em direção à medidas de desfecho que permitem estabelecer uma relação entre a doença e aspectos da vida dando ao construto uma característica multidimensional.

Um exemplo de modelo com essa elaboração foi o desenvolvido por Wilson e Cleary (1995), que desde então tem sido bastante referenciado nas pesquisas sobre qualidade de vida relacionada à saúde. Nesse modelo os autores fundamentaram a avaliação do estado de saúde explorando várias dimensões individuais e sociais cuja inter-relação explicaria a qualidade de vida como pode ser observado no Quadro 10.



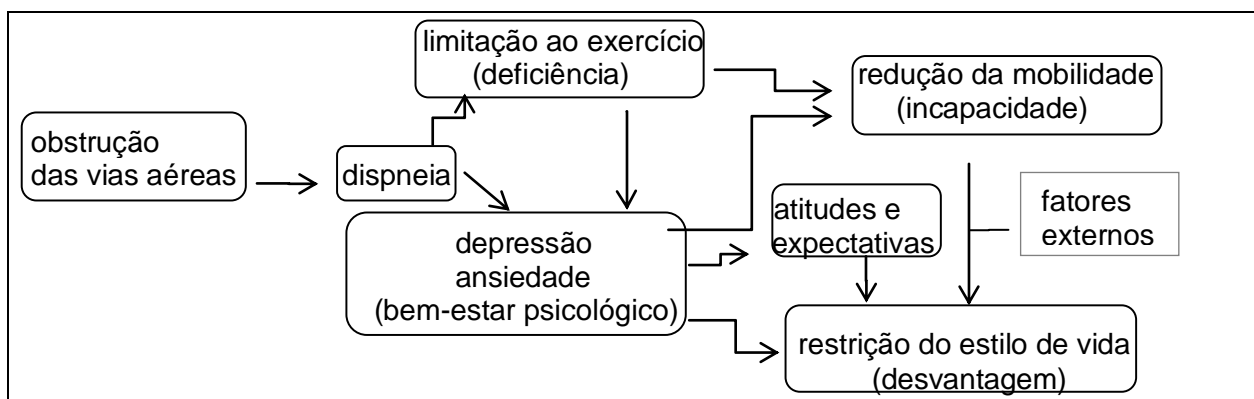
Quadro 10 - Relações entre medidas de um modelo de qualidade de vida relacionada a saúde

Fonte: adaptado de Wilson e Cleary, 1995.

Nesse modelo essa inter-relação pode ser observada a partir de três dimensões: o estado de saúde, os atributos individuais e os atributos ambientais. No caso do estado de saúde a relação segue uma direção linear de causa-efeito com os fatores biológicos e fisiológicos determinando os sintomas que, por sua vez, influenciariam o funcionamento do indivíduo que então determinaria a sua avaliação de saúde que por sua vez influenciaria a percepção de sua qualidade de vida. Além disso, esses cinco aspectos (passíveis de serem medidas no ambiente clínico) seriam influenciados por atributos individuais e ambientais dando um caráter mais abrangente ao modelo e uma conotação mais ampla à avaliação em saúde

indicando que as possibilidades de relação entre o indivíduo doente e os vários aspectos da vida desse indivíduo podem e têm que ser investigadas.

Embora esse modelo não tenha sido desenvolvido para nenhum tipo específico de agravo à saúde, pode-se observar a sua influência na construção de modelos teóricos criados para o entendimento do processo saúde-doença de outras doenças crônicas como o proposto, por exemplo, por Jones em 1998 (Quadro 11).



Quadro 11 - Modelo de qualidade de vida relacionada à saúde em doença crônica respiratória

Fonte: adaptado de Jones, 1998.

Nesse modelo, Jones (1998) faz uma relação entre variáveis clínicas presentes em uma doença específica que são reconhecidamente importantes como influenciadores da percepção de qualidade de vida (chamada aqui de restrição ao estilo de vida ou desvantagem) desses indivíduos indicando como no modelo anterior (embora de maneira mais genérica, principalmente no que diz respeito aos atributos ambientais) as possibilidades de relação entre o indivíduo e aspectos de sua vida como participantes da formulação da percepção de qualidade de vida.

Nesse caso é interessante observar que tal modelo se refere especificamente a uma doença crônico-degenerativa pulmonar denominada Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Caracterizada como problema de saúde pública mundial por sua abrangência, transcendência e vulnerabilidade, essa doença tem sido objeto de estudo das ciências da saúde devido à uma série de aspectos que dão a ela uma grande complexidade. Devido à sua característica multidimensional que permite investigar a qualidade de vida sob a perspectiva da interdisciplinaridade, essa condição merece ser investigada também no âmbito das

Ciências Humanas. Nesse sentido foi escolhida para compor o objeto de estudo desta pesquisa.

2.5 A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

No contexto da transição epidemiológica, doenças crônicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tem sido constante motivo de preocupação para organismos definidores de políticas de saúde (como a OMS e agências nacionais de saúde) e profissionais da saúde, por conta das elevadas e crescentes morbidade e mortalidade relacionadas à doença e crescente impacto em escala mundial e pelo impacto que a doença traz à vida do indivíduo.

Como doença crônica e devido à sua complexidade, a DPOC pode ser estudada ou interpretada a partir de vários aspectos que são importantes para traçar um panorama da doença entre os quais os epidemiológicos, os fatores de risco, os patológicos, os clínicos e os psicológicos.

Em relação aos aspectos epidemiológicos uma primeira questão que pode ser abordada é que, segundo o *Global Initiative for Chronic Obstructive Disease* (ou GOLD – que é um relatório multicêntrico que busca, por meio de atualizações periódicas, estabelecer consensos mundiais sobre diagnóstico, tratamento e prevenção da DPOC), as definições imprecisas e variáveis da doença ainda dificultam a quantificação da mortalidade e da prevalência da DPOC.

Tais observações já haviam sido feitas por Hurd (2000) que ao comparar taxas de óbito por DPOC para vários países obtidas a partir de Estatísticas de Mortalidade da OMS, encontrou uma grande discrepância de mortalidade pela doença, o que segundo a autora se devia a dois fatores: os não clínicos que estavam relacionados ao hábito de fumar, ao tipo de poluição, à frequência e controle de infecções respiratórias, ao clima e os de diagnóstico que se referiam à falta de padronização das declarações de óbito, à qualidade dos serviços de saúde e aos próprios critérios de diagnóstico. No Brasil, Nascimento et al (2007) também observaram que a doença é subdiagnosticada e, por isso, subtratada no país.

Mesmo considerando essa variabilidade internacional, a OMS, segundo CAMPOS e LEMOS (2009), estimou que em 2004, 210 milhões de indivíduos tinham DPOC em todo o mundo, e que essa doença havia causado a morte de mais de três milhões de indivíduos, correspondendo a 5% de todas as mortes ocorridas naquele ano (o que a colocava como quarta causa de morte). No Brasil, segundo Menezes et al (2005) a DPOC atinge de 12% a 15% dos adultos com mais de 40 anos.

Em relação à mortalidade no Brasil, Jardim e Nascimento (2007) estimam que a DPOC seja a sexta causa de morte. Segundo Campos e Lemos (2009) essa doença causou 35 mil mortes em 2004 (foram nove mil em 1980, mostrando tendência de crescimento) e foi responsável, no período de 1992 a 2006, por uma média anual de 238 mil hospitalizações (12% de todas as hospitalizações por doenças respiratórias e 2% do número total de hospitalizações financiadas pelo SUS).

Quanto ao impacto social a DPOC foi em 2004, a décima terceira causa de morte prematura e de anos perdidos por incapacidade no mundo, sendo que as projeções para 2030 estimam que ela vá ocupar a quinta posição entre todas as doenças (OMS, 2008).

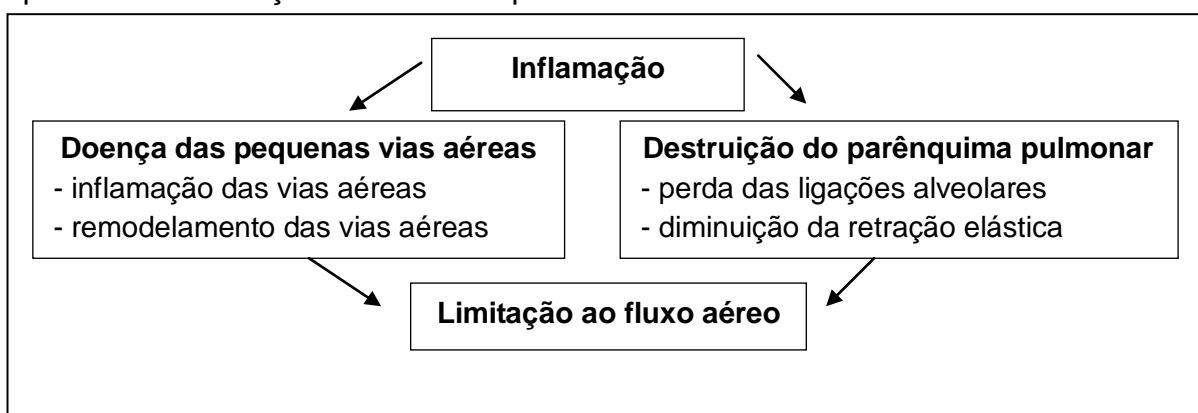
No caso do impacto econômico, a DPOC é considerada uma doença dispendiosa que traz custos diretos (referentes ao tratamento) e indiretos (como consequência financeira do tratamento, da abstinência no trabalho e da morte prematura). Segundo o GOLD (2006), na União Europeia, por exemplo, em 2002 o custo direto total com doenças respiratórias foi de 6% do orçamento total da saúde, com a DPOC respondendo por 56% do gasto com essas doenças. Já nos EUA, nesse mesmo ano o custo direto foi de 18 bilhões de dólares e o indireto de 14 bilhões.

Para o GOLD (2006) a identificação dos fatores de risco é um passo importante no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento de qualquer doença. Na DPOC, por exemplo, a identificação do tabagismo como o fator de risco tem levado à incorporação de programas de cessação do fumo na prevenção da doença, assim como uma intervenção importante para indivíduos que já estão com a doença.

No caso da DPOC, à medida que a compreensão da importância dos fatores de risco aumenta, também cresce o reconhecimento que essencialmente todos eles resultam de uma interação entre a genética e o ambiente. São considerados pelo GOLD (2006) como principais fatores de risco: a predisposição genética, o sexo, a idade, a condição socioeconômica, a exposição a partículas (da fumaça do cigarro, de poeiras ocupacionais, da poluição do ar) as infecções respiratórias e a presença de co-morbidades.

De todos esses fatores o tabagismo é a mais importante causa de DPOC, responsável por 85% a 90% de todas as mortes pela doença, segundo o relatório da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) em 2012. Segundo o GOLD (2006), os fumantes têm uma prevalência mais alta de sintomas respiratórios e de anormalidade da função pulmonar e maior índice de mortalidade pela doença quando comparados com os indivíduos não fumantes, sendo que o risco é diretamente proporcional ao tempo e à quantidade do fumo (caracterizado como efeito dose-resposta). Segundo o GOLD (2006) a idade em que se começa a fumar, o total de anos/maço e o estado tabagístico atual são importantes preditores de mortalidade da DPOC, mostrando a estreita relação causal existente entre o cigarro e essa doença.

Quanto aos aspectos patológicos, o GOLD (2006) descreve a DPOC como doença evitável e tratável que tem como componente funcional pulmonar a limitação progressiva do fluxo aéreo respiratório que está associada a uma resposta inflamatória dos pulmões, a partículas e gases nocivos. Os mecanismos patológicos que levam à limitação funcional respiratória são mostrados no Quadro 12.



Quadro 12 – Mecanismos na limitação do fluxo aéreo na DPOC

Fonte: GOLD, 2006.

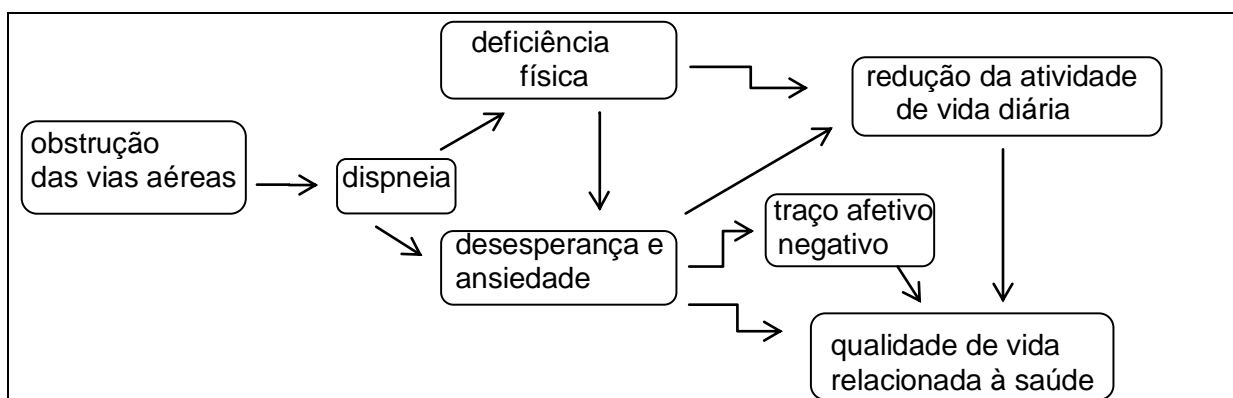
Em essência tais mecanismos diminuem a capacidade das vias aéreas de permanecerem abertas durante a expiração, que ficam estreitadas, resultando no aspecto funcional da doença que é traduzido pela limitação do fluxo aéreo que, por sua vez, pode ser medida por um teste de esforço respiratório chamado de espirometria que é considerado método importante para estabelecer o diagnóstico da doença e a sua gravidade sendo de fundamental importância para o direcionamento da abordagem terapêutica a ser utilizada.

Clinicamente a doença se manifesta por meio de poucos, crônicos e impactantes sintomas que são representados por:

- chiado no peito que é causado pelas vias aéreas estreitadas, se manifesta como som semelhante a um assobio produzido durante a respiração e aparece de modo variável entre os dias e ao longo de um único dia;
- tosse crônica, diária que muitas vezes se apresenta como primeiro sintoma da doença sendo que geralmente o indivíduo não a considera importante, interpretando-a como uma consequência do tabagismo e/ou exposições ambientais;
- expectoração de pequeno volume, caracterizada por escarro viscoso após acessos de tosse. A presença de escarro purulento pode estar associada ao início de uma exacerbação (ou crise) da doença;
- dispneia que é o sintoma mais marcante e impactante da DPOC e o motivo pelo qual a maioria dos indivíduos procura atendimento no serviço de saúde. É a maior causa da incapacidade e da ansiedade presentes na doença e tem na subjetividade a palavra-chave no seu conceito e que é responsável por gera variadas descrições como sensação de falta de ar, de esforço para respirar ou de estar ofegante. Na DPOC a dispneia é persistente (mesmo em “dias bons”, os indivíduos podem se queixar de falta de ar) e progressiva [inicialmente, só é percebida com esforço fora do comum (por exemplo, andar ou subir rápido um lance de escadas), depois pode se tornar perceptível em atividades menos intensas (por exemplo, andar na mesma velocidade que indivíduos da mesma idade ou carregar sacolas de compras) e então pode

estar presente nas atividades do dia-a-dia (por exemplo, ao se vestir, ao se lavar) ou em repouso, quando o indivíduo fica limitado à sua casa].

É interessante observar que esse sintoma é tão importante na evolução da DPOC que tem servido como referência para a elaboração de modelos de qualidade de vida em DPOC como o de Jones (1998, Quadro 11) e o de Hu e Meek (2005, Quadro 13) que procuram entender a extensão do impacto do problema na vida do indivíduo.



Quadro 13 - Modelo de qualidade de vida relacionada à saúde modificado de Jones

Fonte: adaptado de Hu e Meek, 2005.

Nesse modelo Hu e Meek (2005) exploraram o modelo de Jones (1998) e simplificaram as relações existentes entre os fatores com o objetivo de viabilizar, por meio de instrumentos utilizados na clínica, a operacionalização da relação entre a dispneia e a qualidade de vida, o que torna o modelo de concepção teórica mais simples e menos “holístico” que o modelo de Jones (1998), apesar de embutir os mesmos componentes na concepção de qualidade de vida relacionada à saúde. Apesar das limitações do modelo (não incluir, por exemplo, possíveis fatores externos), a intenção é justamente a de mostrar a influência da dispneia como potencial fator impactante na vida do indivíduo com DPOC.

Outra questão importante no estudo da DPOC são as consequências psicológicas que a doença tende a trazer ao indivíduo que, de acordo com a percepção do impacto tende a se tornar suscetível ao isolamento social, a desenvolver estados de flutuação de humor, de depressão e de ansiedade como mostrou o estudo de Carvalho et al (2007), em que foi observado que 29% dos indivíduos com DPOC apresentavam sintomas moderados a severos de depressão

e 74% sintomas de ansiedade indicando uma alta tendência dessas desordens psicológicas nessa população.

Além desses aspectos outra questão que tem comparecido nos estudos e nas intervenções na DPOC é a discussão sobre como o indivíduo percebe o impacto que a doença traz à sua vida e por esse motivo a qualidade de vida tem sido bastante explorada como ferramenta de avaliação do estado de saúde desses indivíduos.

2.6 Qualidade de vida na DPOC

Em doenças crônicas como a DPOC, a cura não é possível e como a expectativa de vida tem se tornado cada vez maior, especial atenção (tanto no campo da pesquisa como da intervenção clínica) tem sido dada ao fato de que esse problema pode causar importantes impactos físicos, psicológicos e sociais e, por extensão interferir nas dimensões da vida que compõem a percepção da qualidade de vida do indivíduo.

Tais questões tem justificado a produção de uma extensa literatura sobre qualidade de vida na DPOC. Nesse caso, de modo geral, pode se observar a predominância de um conjunto de estudos que está associado às intervenções e pesquisa fundamentadas no âmbito clínico e um número menor de estudos associado à interpretação do impacto da doença tendo como pano de fundo os enfoques sociais e ambientais.

Mahler (2000) observou que, no âmbito da clínica, o interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida em DPOC se fundamentou em três aspectos: os indivíduos se mostram mais preocupados com seus sintomas e com sua capacidade de realizar as atividades cotidianas do que com medidas biológicas/fisiológicas cujos resultados são pouco esclarecedores para elas; a qualidade de vida tem sido considerada na saúde como um construto único que avalia a saúde de modo diferente da avaliação proveniente de medidas biológicas/fisiológicas ou de taxas de sobrevivência; o tratamento tem melhorado a

expectativa de vida e os objetivos terapêuticos têm se expandido no sentido de incluir o alívio e controle dos sintomas, a diminuição do impacto da doença e a melhora da percepção da qualidade da vida.

Tais premissas têm permeado estudos, de cunho funcionalista, cujas hipóteses formuladas geralmente giram em torno de questões que envolvem o custo-benefício do tratamento (o tratamento aplicado prolonga a vida do indivíduo e também garante a recuperação do estado de saúde?), a medida de desfecho a ser considerada (o tratamento será empregado para melhorar a função pulmonar ou diminuir a limitação física?) e os resultados que deverão ser atingidos (a intervenção proposta melhorou as funções orgânicas ou recuperou os prejuízos funcionais?)

A partir dessas questões em uma análise rápida da literatura, pode-se perceber que os estudos de qualidade de vida com indivíduos com DPOC de fundo clínico têm se direcionado para:

- o desenvolvimento de construtos e questionários de qualidade de vida específicos (GUYATT et al, 1987; JONES, QUIRK e BAVEYSTOCK, 1991; QUIRK e JONES, 1994; TU et al 1997);
- a avaliação do efeito de abordagens terapêuticas na qualidade de vida realizada por meio de instrumentos específicos (PAULIN, BRUNETTO e CARVALHO, 2003; ZANCHET, VIEGAS e LIMA, 2005; PITTA et al, 2006; ROCETO et al, 2007; GODOY et al, 2009) ou de instrumentos genéricos clínicos (MAHLER e MACKOWIAK, 1995; BOUERI et al, 2001; KUNIKOSHITA et al, 2006) e por meio dos dois tipos (ENGSTRON et al, 2001);
- os processos de tradução e validação dos instrumentos específicos (FERRER et al, 1996; SOUSA, JARDIM E JONES, 2000; CAMELIER et al 2003; CAMELIER et al, 2006);
- as relações estatísticas entre medidas clínicas de qualidade de vida (MONSÓ et al, 1998; BERRY et al, 1999; HAJIRO et al, 1999; DOURADO et al, 2004; HU e MEEK, 2005; PEREIRA et al, 2009; DOURADO et al, 2009; MANGUEIRA et al, 2009; ARAÚJO e HOLANDA, 2010) e outros aspectos como por exemplo: presença de doenças associadas (KAWAKAMI et al,

2005), a espiritualidade (SILVA et al, 2009) e o nível de atividade física (HERNANDES et al, 2009);

- as comparações das propriedades psicométricas entre instrumentos genéricos e específicos na avaliação da qualidade de vida (HAJIRO et al, 1998, BUSS e SILVA, 2009).

É também no âmbito da clínica que a operacionalização da qualidade de vida em DPOC e em outras doenças crônicas respiratórias se desenvolveu se caracterizando principalmente pela elaboração de instrumentos primordialmente específicos baseados no referencial clínico.

Segundo Curtis et al (1997) no campo da Pneumologia a utilização desses instrumentos na avaliação da qualidade de vida se tornaram uma parte importante de pesquisa clínica nos EUA desde meados da década de 1980, pois, desde então, os pesquisadores norte-americanos acreditam que eles fornecem uma avaliação válida do efeito que a doença e o tratamento produzem nas vidas dos doentes e são importante suplemento às medidas clínicas e fisiológicas tradicionalmente usadas na pesquisa clínica porque permitem avaliar evolução do estado de saúde de um modo diferente ao tradicional.

No caso de doenças crônicas respiratórias a partir dessa concepção “anglo-americana” de qualidade de vida houve o desenvolvimento de uma série de questionários específicos como Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) que se encontra como um dos instrumentos mais utilizados em pesquisas clínicas internacionais e no Brasil.

Esse questionário que foi elaborado por Jones, Quirck e Baveystock (1991) a partir da concepção de qualidade de vida relacionada à saúde espelhada na seguinte definição:

“a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada”. (JONES, 1991, p.26)

De tal concepção depreende-se que os autores estabelecem uma relação direta entre conceito e operacionalização (quantificar de maneira formal e padronizada) e assumem a avaliação da saúde como algo funcional e específico (impacto de uma doença) sem considerar outras perspectivas ou contextos.

O SGRQ foi desenvolvido para ser uma medida supervisionada, administrada em forma de questionário e desenhada para ser utilizada em doenças obstrutivas pulmonares. Nesse processo Jones, Quirck e Baveystock (1991) consideraram três domínios fundamentais na avaliação do impacto da doença: sintomas (presença ou não dos sintomas no dia-a-dia e sua intensidade), atividades (atividades de vida diária e atividades físicas que causam ou são limitadas pelos sintomas e/ou pela doença) e impactos (efeitos sociais e psicológicos que a doença traz à vida do indivíduo).

A estrutura final do SGRQ foi composta de 50 questões distribuídas pelos três domínios selecionados conforme mostra o Quadro 14.

SGRQ	
Domínios	Facetas (questões)
Sintomas	- presença, frequência e intensidade de sintomas - situação da estabilidade clínica (instável ou estável)
Atividades	- atividades de vida diária limitadas pela falta de ar e pela doença - atividades físicas limitadas pela falta de ar e pela doença
Impacto	- repercussão da doença na vida e na atividade profissional - repercussão dos sintomas nos domínios físico e psicológico - repercussão do uso da medicação no cotidiano - repercussão nas relações sociais

Quadro 14 - Domínios e facetas do SGRQ

Fonte: SGRQ, versão traduzida em português por Souza, Jardim e Jones, 2000.

Para Camelier et al (2006) o SGRQ embute na sua construção a concepção de que questionários padronizados de qualidade de vida podem permitir a comparação objetiva mediante pontuações com expressões numéricas do impacto de intervenções utilizadas na DPOC e são importantes por considerarem os sintomas crônicos, a incapacidade na realização de atividades e os aspectos psicológicos como principais responsáveis pela alteração da relação entre saúde e qualidade de vida e que vão além das medidas de caráter fisiológico.

Alem disso para esses autores a construção desse questionário envolveu todas as propriedades de mensuração consideradas adequadas para esse processo, o que permitiu ao SGRQ ser adaptado para outras línguas e países conferindo a esse instrumento uma ampla utilização internacional sendo, por isso,

considerado um dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida mais importantes na pesquisa de saúde no âmbito da pneumologia.

No caso da pesquisa de qualidade de vida em DPOC que procura explorar uma interface social como elemento importante na avaliação do impacto observa-se que existe uma literatura bem menos extensa. Segundo Ramos-Cerqueira e Crepaldi (2000) e Bak-Drabik e Ziora (2010) variáveis que poderiam exercer alguma influência na qualidade de vida não têm sido incluídas em estudos com indivíduos com DPOC.

De modo geral, o que transparece nos objetivos de estudos com essa conotação é a investigação da influência do estado socioeconômico, psicológico e comportamental (KETELAARS et al, 1996), usando-se instrumentos clínicos de qualidade de vida embora alguns estudos tenham demonstrado a influência (ou a relação) de aspectos sociais com a qualidade de vida de indivíduos com DPOC em situações de incapacidade de participação social, de privação e de isolamento (MORGAN et al, 1997) e em situações socioeconômicas, de suporte social, de variáveis demográficas e de condições ambientais (HU e MEEK, 2005). Entretanto essas relações ainda são pouco exploradas tanto no que diz respeito à DPOC como também a outras doenças crônicas diminuindo a possibilidade de interpretar qualidade de vida na sua forma mais abrangente o que possibilitaria ampliar a exploração e análise do construto em direção à sua interdisciplinaridade.

JUSTIFICATIVA

3 JUSTIFICATIVA

A partir do levantamento bibliográfico para a realização desta tese constatou-se que, embora qualidade de vida seja objeto de estudo investigado de maneira abrangente pelas áreas das Ciências Humanas e da Saúde na discussão de temas como desenvolvimento humano e dos aspectos inerentes a ele que estão sempre presentes nas duas áreas e embora exista o reconhecimento da possibilidade de intersecção entre as concepções de qualidade de vida nas duas áreas, poucos estudos utilizam de modo compartilhado os avanços teóricos e metodológicos alcançados, que poderiam agregar novas possibilidades de análise dessa temática.

O que se verifica, a partir disso, é que emprestar a experiência operacional de qualidade de vida advinda da área da Saúde, fundamentada em instrumentos estruturados na subjetividade e associar esta experiência à metodologia de cunho mais objetivo encontrada nas Ciências Humanas (e, por extensão, na Geografia) fundamentada na concepção da multidimensionalidade da vida, tem se revelado uma estratégia de pesquisa ainda pouco explorada nas duas áreas.

Considerando então, a situação problema apresentada entende-se como pertinente empreender investigação sobre o tema.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar qualidade de vida segundo referenciais teóricos da Geografia e da Saúde.

4.2 Objetivos específicos

Avaliar a percepção da qualidade de vida e de domínios de qualidade de vida de indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Avaliar a qualidade de vida de indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) de acordo com aspectos subjetivos e objetivos.

Discutir a relação entre aspectos objetivos territorializados e o subjetivo na investigação da qualidade de vida.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O desenvolvimento deste estudo foi fundamentado em algumas premissas:

1. a que considera a qualidade de vida (como construto teórico e/ou instrumento metodológico) como objeto de estudo protagonista na pesquisa da relação entre o indivíduo e aspectos de seu ambiente;
2. a que interpreta qualidade de vida como instrumento que torna possível a abordagem de assuntos que estabeleçam uma complementaridade de conceitos entre a Geografia e a área da Saúde.

Desse modo, para atingir os objetivos propostos foram utilizados procedimentos que identificassem:

- a percepção da satisfação do indivíduo com vários aspectos de sua vida;
- a percepção do indivíduo de sua condição de saúde como influenciadora da sua qualidade de vida;
- a relação entre aspectos subjetivos e objetivos na investigação da qualidade de vida;
- a relação entre condições objetivas de vida territorializadas e o subjetivo na composição da investigação da qualidade de vida.

Para isso propõe-se um estudo de caráter observacional, com corte transversal, analítico. Utilizou-se de uma estratégia que propõe a categorização de variáveis para uma análise considerando a estratificação dos indivíduos conforme características particulares.

5.1 Etapas do estudo

5.1.1 Estabelecimento da estrutura teórica da pesquisa

Os tópicos abordados nesta fase foram:

a) pesquisa bibliográfica sobre qualidade de vida que foi organizada a partir das palavras-chave conceito e definição de qualidade de vida; modelos teóricos de qualidade de vida; indicadores de qualidade de vida; qualidade de vida e território; qualidade de vida urbana; qualidade de vida relacionada à saúde; doenças crônico-degenerativas; doença pulmonar obstrutiva crônica; qualidade de vida em doença pulmonar obstrutiva crônica;

b) apropriação de referencial teórico de qualidade de vida para esta pesquisa: utilização de um conceito-chave e de uma metodologia para operacionalização desse conceito. Neste caso considerou-se para esta pesquisa a definição do Grupo WHOQOL de qualidade de vida, ou seja, “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e utilizou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF (Anexo A) na versão traduzida e validada para a língua portuguesa por Fleck et al (2000). Esse instrumento é caracterizado como um questionário estruturado composto por 26 questões padronizadas sendo duas globais sobre a percepção de qualidade de vida e sobre a satisfação com o estado de saúde e 24 questões que representam cada uma das 24 facetas que representam as facetas que compõem o WHOQOL-100. As questões (ou facetas) estão por sua vez compreendidas em quatro domínios:

- o físico com sete questões que abordam as facetas: dor e desconforto (questão 3), dependência da medicação ou de tratamentos (questão 4), energia e fadiga (questão 10), mobilidade (questão 15), sono e repouso (questão 16), atividades da vida cotidiana (questão 17) e capacidade de trabalho (questão 18);

- o psicológico com seis questões que abordam as facetas: percepção de sentimentos positivos (questão 5), espiritualidade/religião/crenças pessoais (questão 6), a capacidade de pensar, aprender, memória e concentração (questão 7), imagem corporal e aparência (questão 11), auto-estima (questão 19) e percepção de sentimentos negativos (questão 26);

- o ambiente com oito questões que abordam as facetas: segurança física e proteção (questão 8), qualidade do ambiente físico (questão 9), recursos financeiros (questão 12), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13), participação em, e oportunidades de recreação e lazer (questão 14), ambiente no lar (questão 23), disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais (questão 24) e satisfação com o transporte (questão 25).
- o social com três questões que abordam as facetas: relações sociais (questão 20), atividade sexual (questão 21) e apoio social (questão 22);

Nesse questionário as respostas para as questões são dadas em um escore do tipo Likert de cinco pontos (variando de 1 a 5) sendo que as questões são respondidas por meio de quatro tipos de escalas utilizadas de acordo com o conteúdo da questão, ou seja: intensidade [que varia de nada (escore 1) a extremamente (escore 5)]; capacidade (que varia de nada (escore 1) a completamente (escore 5)]; frequência [que varia de nunca (escore 1) a sempre (escore 5)]; avaliação [que varia de muito insatisfeito e muito ruim (escore 1) a muito satisfeito e muito bom (escore 5)].

c) utilização do Questionário de Avaliação de Condições de Vida elaborado pelo grupo CEMESPP como parte de pesquisa vinculada ao Projeto Circuitos da Exclusão e da Pobreza em Álvares Machado e Rancharia (GUIMARÃES et al, 2009). Fez-se a opção pelo uso de algumas variáveis para a investigação de aspectos da condição de vida que espelhassem indicadores objetivos na qualidade de vida. Assim, em menor versão, o instrumento denominado “Avaliação da Condição de Vida” (Apêndice A) aborda as seguintes variáveis: situação conjugal (casado, solteiro, separado, viúvo); renda (renda familiar per capita em reais transformada depois em número de salário mínimo vigente na época da entrevista); educação (anos completos de escolaridade); ocupação profissional (tipo de ocupação atual ou anterior, no caso de indivíduos aposentados); situação profissional (trabalha com rendimento, desempregado, aposentado e trabalha, aposentado e não trabalha, não trabalha, trabalho ocasional, trabalho temporário, encostado, trabalha sem rendimento); padrão da moradia (número de cômodos, número de quartos, número de banheiros); estrutura da moradia (tipo de material de

construção: alvenaria, madeira; tipo de telha; presença de forro e de qual tipo). Associadas a essas variáveis foram elaboradas questões relacionadas à mobilidade do entrevistado. Nesse caso as perguntas se referiram a quais atividades pessoais (cotidianas, sociais, religiosas, de lazer, referentes ao trabalho e aos cuidados de saúde) eram realizadas com mais frequência, onde eram realizadas e que tipo de meio de locomoção era utilizado para proporcionar o acesso ao local;

d) seleção da população participante do estudo. Os indivíduos participantes desta pesquisa tinham como característica comum o fato de terem diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Esta população foi escolhida por três motivos: a DPOC tem grande espectro epidemiológico [segundo o DATASUS do Ministério da Saúde, ela foi responsável por 41.000 mortes em 2010 (4,83% do total de mortes por todas as doenças) e por 127 mil hospitalizações (1,15% do total de hospitalizações por todas as doenças) em 2012]; é doença crônico-degenerativa de alto potencial impactante, tanto da perspectiva individual como coletiva e indivíduos com DPOC têm sido objeto de atenção deste pesquisador no campo da Fisioterapia;

e) apropriação de referencial teórico de qualidade de vida relacionada à saúde para esta pesquisa: utilização de um conceito-chave e de uma metodologia para operacionalização desse conceito. Neste caso considerou-se para esta pesquisa a definição de Jones, Quirk e Baveystock (1991) de qualidade de vida relacionada à saúde, ou seja, “a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar do paciente de maneira formal e padronizada” e utilizou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida SGRQ (Anexo B) na versão traduzida e validada em língua portuguesa por Souza, Jardim e Jones (2000). Esse instrumento é caracterizado como um questionário estruturado composto por 50 questões (não numeradas) que compreendem três domínios:

- sintomas com oito questões que abordam: frequência (cinco questões) e intensidade dos sintomas (três questões);
- atividades com 16 questões que abordam: realização de atividades de vida diária que sofrem interferência do sintoma falta de ar (sete questões) e da doença respiratória (nove questões);

- impacto com 26 questões que abordam a repercussão: da doença na vida (duas questões) e na atividade profissional (uma questão), dos sintomas na realização de atividades elementares (seis questões), dos sintomas e da doença no estado psicológico (oito questões), do uso da medicação no cotidiano (quatro questões) e nas atividades que envolvem relações sociais (cinco questões).

Nesse questionário as respostas para as questões são dadas por meio de escalas de respostas variáveis, mas na maioria das vezes as questões têm como resposta o sim ou o não. Apenas as sete primeiras questões do domínio sintomas e três questões do domínio impacto (que se refere à repercussão da doença na vida e na atividade profissional) têm opções de respostas múltiplas.

f) elaboração de instrumento de investigação de aspectos relacionados à condição de saúde. Para essa finalidade foi elaborado um Questionário Clínico (Apêndice B) que foi elaborado a partir das questões propostas no estudo de Ramos (1983) sobre a investigação de sintomas respiratórios em doenças respiratórias crônicas e a partir do Questionário de Avaliação Respiratória desenvolvido pelo Setor de Fisioterapia em Pneumologia do Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR) da FCT/UNESP para avaliação de indivíduos com doenças respiratórias atendidos no local. O Questionário Clínico contém questões que abordam dados pessoais (gênero e idade), dados antropométricos (peso e altura autorreferidos), história do hábito tabágico, data de início dos sintomas respiratórios, presença de fatores ambientais que pioravam os sintomas, presença de doenças crônicas associadas, medicamentos utilizados para controle da doença respiratória e para controle de outras doenças, o estado dos sintomas no momento da entrevista.

5.1.2 Trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado a partir das seguintes etapas:

a) busca de casos de indivíduos residentes no município de Presidente Prudente-SP com diagnóstico de DPOC. O primeiro passo dessa etapa foi o de realizar pesquisa do banco de dados digital do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS (SIH-DATASUS) fornecido pelo Departamento Regional de Saúde – DRS XVI localizado no município de Presidente Prudente-SP. Tal banco de dados registra os casos de internações hospitalares por grupos de causas de doenças e por doenças nos hospitais conveniados com o SUS de todos os municípios que a DRS XVI abrange. Para cada indivíduo hospitalizado um conjunto de várias informações é obtido no ato da hospitalização (nome, endereço, sexo, data de nascimento, idade no momento da internação, causa principal da internação) e depois da hospitalização (dias de internação, data da alta ou óbito) e integra o banco de dados que depois é digitalizado e transferido para o SIH-DATASUS. Esse banco de dados foi utilizado no processo de busca desta pesquisa porque no Brasil os casos de doenças pulmonares crônicas têm o registro obrigatório do diagnóstico somente no âmbito hospitalar. Para os indivíduos atendidos nos ambulatórios ou nos prontos-socorros não existe a obrigatoriedade de se efetuar o registro/digitalização da doença nos bancos de dados do DATASUS o que gera uma perda importante de informações sobre a real frequência dessa doença.

Esse processo de pesquisa gerou uma primeira planilha no programa Microsoft Excel que continha os dados de hospitalização por todas as causas de doença em todos os municípios da DRS XVI. O passo seguinte foi na direção de considerar as causas de doença de indivíduos residentes no município de Presidente Prudente-SP o que gerou uma segunda planilha que continha todas as hospitalizações por todas as causas de doenças. A partir dessa segunda planilha construiu-se uma terceira planilha que continha os dados dos indivíduos residentes no município que foram hospitalizados com o diagnóstico de DPOC utilizando-se como referência a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que codifica a DPOC pela categorização alfa-numérica J44. Aplicada esta codificação obteve-se um número de 228 indivíduos com DPOC.

b) a realização de entrevistas.

Esta pesquisa considerou a metodologia de Entrevista Domiciliar como uma ferramenta apropriada para a investigação das informações pertinentes a um estudo de qualidade de vida que considera a subjetividade e a multidimensionalidade como aspectos de análise fundamentais e que considera a utilização de questionários estruturados e semi-estruturados como procedimento metodológico adequado para esse processo de investigação. Nesse caso para a realização desta etapa duas informações registradas no SIH-SUS foram importantes: o nome e o endereço do indivíduo hospitalizado que possibilitaram estabelecer o contato com o indivíduo para a realização da entrevista domiciliar. Por meio dessas duas informações buscou-se o contato inicial com o indivíduo que foi realizado por telefone (após busca do número na lista telefônica) ou pela ida até o local da residência (no caso da inexistência do número de telefone). Esse contato inicial permitiu confirmar com o próprio indivíduo se ele tinha diagnóstico de DPOC, explicar a natureza da pesquisa, confirmar o endereço obtido do banco de dados e então marcar data e horário para a realização da entrevista domiciliar.

Nessa etapa da pesquisa dificuldades importantes ocorreram e foram determinantes para a composição do grupo de indivíduos entrevistados entre as quais: endereços localizados em áreas rurais, números de telefones inexistentes ou “fora de serviço”, indivíduos que não residiam mais no endereço registrado no banco de dados no momento da hospitalização, ou que, segundo informação de membros da família haviam morrido e ou que afirmaram que nunca apresentaram qualquer problema pulmonar e nem foram hospitalizados por essa causa. Então dos 228 endereços de indivíduos com DPOC previamente obtidos, foi possível realizar a entrevista com 38 indivíduos (16,7% do total).

c) a distribuição dos endereços dos indivíduos com DPOC sobre o mapa de Exclusão/Inclusão Social de Presidente Prudente.

Os dados coletados e depurados do banco de dados do SIH-DATASUS foram utilizados para localizar os indivíduos para as entrevistas de campo e possibilitaram distribuir espacialmente os casos de DPOC em duas bases cartográficas digitalizadas da cidade de Presidente Prudente: o mapa da malha urbana contendo o eixo de ruas e o mapa de Exclusão/Inclusão Social elaborado por

MELAZZO et al, 2003. Como para este estudo o processo de espacialização dos endereços dos indivíduos entrevistados sobre essas bases cartográficas foi o mesmo daquele utilizado para a elaboração do mapa de Exclusão/Inclusão Social de Presidente Prudente uma descrição do processo será feita a seguir.

O mapa de Exclusão/Inclusão Social (MELAZZO et al, 2003) foi elaborado a partir do mapa digitalizado da malha urbana da cidade de Presidente Prudente-SP e foi produto de um Sistema de Informação Geográfico (SIG) desenvolvido pelo CEMESPP a partir da construção de indicadores sociais georreferenciados.

Esse SIG se estruturou a partir de bancos de bases de dados cujas variáveis foram indexadas por endereço e setor censitário, coletadas em diferentes fontes de informação (órgãos públicos federais, estaduais e municipais entre outros) e organizadas por meio de um processo de importação, validação, conferência e atualização.

A operacionalização do SIG, por sua vez seguiu etapas como seleção, modelagem e validação dos indicadores; definição dos recortes sociais (temas e grupos) onde os indicadores foram agrupados e apresentados; estruturação de uma primeira interface informática em ambiente “banco de dados” (nesse caso utilizou-se Access®, cujos arquivos extensão “*mdb*” são de fácil intercâmbio e razoavelmente disseminados) que gerou os indicadores na forma de tabelas-consulta com os recortes já definidos [por exemplo, grupos sociais (famílias e domicílios, crianças, jovens e idosos, mulheres e homens) e temas (demografia, educação, economia, meio-ambiente)]; processamento e geração dos indicadores propriamente ditos, utilizando-se de codificações em linguagem SQL (pertencente à própria arquitetura do banco de indicadores); exportação dos indicadores gerados e indexados por endereço e/ou setor censitário que gerou relatórios e planilhas eletrônicas dos indicadores assim como permitiu uma interface com o aplicativo ProViewer® do SIG MapInfo® onde os indicadores puderam ser geocodificados e mapas temáticos de cada indicador selecionado puderam ser construídos e apresentados no formato digital visualizados na tela do computador ou impressos.

O mapa da Exclusão/Inclusão Social é o resultado direto da superposição desses mapas temáticos sendo considerado por isso um mapa síntese

de aspectos da realidade social do espaço urbano e sua construção teve como objetivo primordial expressar possíveis desigualdades das condições de vida da população.

No caso específico do mapa da Exclusão/Inclusão Social de Presidente Prudente a etapa da escolha dos indicadores sociais partiu de critérios estabelecidos por Januzzi (2001) e foram provenientes do Sistema de Recuperação de Informações Georreferenciadas do IBGE chamado Estatcart (IBGE,2002) com as informações fornecidas referindo-se ao censo demográfico do ano 2000.

Os indicadores foram organizados então por quatro diferentes dimensões: demográfica, ambiental, econômica e educacional sendo considerados na escolha (a partir de uma análise estatística da estrutura de correlação) dez indicadores (dos 63 originais) que, na visão do grupo de pesquisa, seriam suficientes para representar as diferentes dimensões da desigualdade social, ou seja, considerou-se que a utilização e o cruzamento desses indicadores selecionados permitiriam uma avaliação quantitativa confiável das condições de vida e do grau de exclusão/inclusão social da população residente em uma determinada área.

Os dez indicadores escolhidos para a composição do mapa foram:

- indicadores demográficos. Na escolha desses indicadores, partiu-se da premissa que o conhecimento da distribuição territorial da população é relevante, pois torna possível identificar a localização/concentração de uma determinada demanda potencial que pode gerar desigualdades sócio-espaciais intraurbanas. Para expressar esses aspectos foram consideradas como importantes na visualização da distribuição da população as variáveis: número de habitantes por domicílio por setor censitário e número de chefes de família de 10 a 19 anos.
- indicadores ambientais. A precariedade de condições sanitárias foi considerada como indicativo revelador de situações de abandono, risco, vulnerabilidade, desigualdade ou exclusão. Para identificar tais condições foram consideradas as variáveis: número de domicílios sem banheiro, número de domicílios com quatro banheiros ou mais e número de domicílios ligados à rede de coleta de esgotos.
- indicadores econômicos. Na escolha desses indicadores partiu-se do princípio que a satisfação de necessidades e desejos passa pela aquisição de mercadorias que exigem, para seu acesso, a mediação da renda monetária e o acesso ao mercado

de trabalho. Para identificar tais situações foram selecionados indicadores que fornecessem informações sobre rendimentos e perfil de sua distribuição que foram expressos pelas variáveis: chefe de família sem rendimento; chefe de família com rendimento em até dois salários mínimos e chefe de família com rendimento superior a 20 salários mínimos.

- indicadores educacionais. Na escolha desses indicadores foi levado em consideração que o analfabetismo é um indicador marcante para a identificação de áreas de exclusão e de vulnerabilidade da população jovem assim como a baixa escolaridade do chefe de família pode indicar uma condição socioeconômica que, juntamente com outros indicadores, contribuiria para o mapeamento de áreas de desigualdade sócio-espacial. Assim, nessa dimensão, os indicadores educacionais analisados foram expressos pelas variáveis: taxa de analfabetismo de pessoas com 10 a 14 anos e taxa de chefes de família com baixa escolaridade.

Para a interpretação do mapa, por sua vez considerou-se que ele foi o resultado de um processo de seleção, simplificação e combinação dos elementos considerados mais importantes para a compreensão geográfica da área representada. Nesse processo quatro elementos foram considerados importantes e envolveram a escolha:

- dos setores censitários como o nível de informação desejado porque reproduzia o mais alto de nível de desagregação espacial, representava as áreas organizadas pelo IBGE para a coleta e sistematização das informações da população brasileira e tinha, por isso, alto nível de confiabilidade;
- da simbologia corocromática como a forma de representação cartográfica por ser considerada de maior poder de comunicação visual, partindo-se do pressuposto de que o mapa provocaria a fusão de áreas não necessariamente contíguas e a hierarquização das desigualdades existentes nos setores censitários que foram classificadas por graus de exclusão e inclusão social;
- de análise estatística descritiva de tendência central que proporcionou que os valores obtidos na análise dos indicadores fossem agrupados em quatro intervalos (ou seja, os percentis 25, 50, 75 e 100). Nesse processo de análise, para cada indicador foi dada uma nota que depois foi somada com a nota dos outros

indicadores, sendo que a soma final é que determinou a localização de cada setor censitário no intervalo respectivo;

- da cor como representante dos valores estatísticos obtidos. Nesse caso, de acordo com o intervalo obtido, cada setor censitário recebeu uma determinada cor indicando os diferentes graus de desigualdade sócio-espacial das áreas, ou seja, áreas consideradas como de alta exclusão social receberam a cor vermelha, de média exclusão social a cor laranja, de baixa exclusão social a cor amarela e de inclusão social a cor amarela clara.

5.1.3 Elaboração do banco de dados

Essa etapa da pesquisa foi voltada para a elaboração de planilhas que permitissem o registro de dados provenientes das informações colhidas nos instrumentos utilizados e que foram considerados importantes para a interpretação dos resultados. Para a elaboração das planilhas foi utilizado o programa Microsoft Excel®.

No caso da planilha referente ao WHQOL-BREF o processo de tabulação das informações provenientes das respostas das questões foi orientado a partir da sintaxe preconizada pelo próprio Grupo WHOQOL para a interpretação do questionário e contemplou as seguintes etapas:

- o registro do nome de cada indivíduo entrevistado identificado por ordem numérica na primeira coluna de acordo com a realização das entrevistas (denominados de indivíduo 1, 2, 3 e assim por diante);
- registro das 26 questões na primeira linha com a tipologia Q1 a Q26;
- registro nas linhas abaixo subsequentes dos valores numéricos (de 1 a 5) obtidos por cada indivíduo para cada questão;
- conversão das questões 3 (em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa), 4 (o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária) e 26 (com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão) de estrutura

negativa por meio de inversão da escala de respostas para transformação em questões de estrutura positiva, ou seja para essas questões o valor 1 foi considerado igual a 5; o valor 2 igual a 4; o valor 3 igual a 3; o valor 4 igual a 2 e o valor 5 igual a 1;

- cálculo dos escores dos domínios a partir de um escore transformado de 4 a 20 obtido por meio da média aritmética simples entre os escores das questões que compõem cada domínio, seguido de uma multiplicação por quatro. A partir desse cálculo pode-se expressar o escore em uma escala de 4 a 20 pontos que serve para dar aos domínios o mesmo nível de interpretação e possibilitar o cálculo do escore transformado de 0 a 100;

- cálculo dos escores dos domínios a partir de um escore transformado de 0 a 100 que foi obtido subtraindo-se 4 do valor obtido no escore de 4-20, dividindo-se esse número por 16 e no final multiplicando-se por 100. Esse cálculo é importante porque aproxima a interpretação dos dados obtidos no WHOQOL-BREF à interpretação dos dados que seriam obtidos se fosse aplicado o WHOQOL-100 possibilitando estabelecer comparações entre os estudos e populações;

Em relação ao SGRQ a planilha foi elaborada a partir das informações provenientes das respostas das questões e organizada a partir do método de cálculo elaborado pelos autores do questionário (JONES, QUIRK e BAVEYSTOCK, 1991) fundamentado em um sistema de ponderação utilizado para cada questão e para cada domínio. As etapas da elaboração dessa planilha foram as seguintes:

- o registro do nome de cada indivíduo entrevistado identificado por ordem numérica na primeira coluna de acordo com a data de realização das entrevistas (denominados de indivíduo 1, 2, 3 e assim por diante);

- registro das 50 questões na primeira linha distribuídas de acordo com os domínios, ou seja: sintomas (Q1 a Q8), atividades (Q1 a Q16) e impacto (Q1a Q26);

- registro nas linhas abaixo subsequentes dos valores numéricos obtidos por cada indivíduo para cada questão de acordo com ponderação prévia. Ex: na Q7 do domínio sintomas “Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve” a opção de resposta nenhum dia valia 93,3; 1 ou 2 dias 76,6; 3 ou 4 dias 61,5; quase todos os dias 15,4 e todos os dias zero.

- cálculo do escore total de cada domínio para cada indivíduo realizado por meio da soma das questões atingindo-se um escore total obtido dividido pelo escore máximo de pontos possível (para sintomas o máximo é 662,5; para atividades 1209,1 e para impacto 2117,8) e multiplicado por cem expressando-se o resultado final em percentual; Por exemplo, se no domínio sintomas um indivíduo obteve uma pontuação total de 462,1 o resultado a ser considerado para a análise é de 69,7%;
- cálculo do escore de qualidade de vida total para cada indivíduo realizado por meio da soma dos escores totais dos domínios dividida pelo escore máximo de pontos possível (para qualidade de vida total máximo é 3989,4) multiplicado por cem expressando-se o resultado em percentual. Por exemplo, se o indivíduo obteve 407 pontos no domínio sintomas, 658 no domínio atividades e 738,6 no domínio impacto a sua qualidade de vida total será de 45,2%.

No caso da planilha referente ao Questionário de Condição de Vida o processo de tabulação das informações provenientes das respostas das questões foi realizado de acordo com as seguintes etapas:

- o registro do nome de cada indivíduo entrevistado identificado por ordem numérica na primeira coluna de acordo com a realização das entrevistas (denominados de indivíduo 1, 2, 3 e assim por diante);
- registro das questões na primeira linha com a seguinte tipologia: estado civil, pessoas no domicílio, renda bruta, renda per capita, valor do salário mínimo, renda per capita em salário mínimo, ocupação, situação ocupacional, educação, tipo do domicílio, cômodo, quarto, banheiro, forro, tipo de telha, meio de transporte para atividades pessoais, para trabalho, para serviço de saúde;
- registro nas linhas abaixo subsequentes dos valores obtidos: numéricos para variáveis discretas e contínuas (renda, anos de escolaridade, número de cômodos, quartos e banheiros) e nominais para as variáveis nominais (estado civil: com companheiro e sem companheiro; ocupação: tipo da ocupação; situação ocupacional: trabalhando e não trabalhando; tipo de domicílio: alvenaria, madeira, misto, outro; forro: sim ou não; tipo de forro: laje, madeira, outro; tipo de telha: barro, fibrocimento, outro);

No caso da planilha referente ao Questionário Clínico o processo de tabulação das informações provenientes das respostas das questões foi realizado de acordo com as seguintes etapas:

- o registro do nome de cada indivíduo entrevistado identificado por ordem numérica na primeira coluna de acordo com a realização das entrevistas (denominados de indivíduo 1, 2, 3 e assim por diante);
- registro das questões na primeira linha com a seguinte tipologia: sexo, idade, peso, altura, IMC, fumante, início dos sintomas, fatores ambientais, doenças associadas, estabilidade clínica, uso de medicamentos;
- registro nas linhas abaixo subsequentes dos valores obtidos: numéricos para variáveis discretas e contínuas (idade, peso, altura, IMC, início dos sintomas) e nominais para as variáveis nominais (sexo, fumante: sim, não, ex-fumante; fatores ambientais: sim ou não; doenças associadas: sim ou não; estabilidade clínica; sim ou não; uso de medicamentos: sim ou não);

5.1.4 Análise estatística

Para a apresentação das características individuais, clínicas e de condição de vida dos indivíduos entrevistados, fez-se a opção por usar medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) ou a distribuição de frequências conforme a característica da variável, quantitativa ou qualitativa respectivamente.

Em relação ao WHOQOL-BREF, a análise estatística dos resultados obtidos foi descritiva e vista sob quatro prismas:

- i) a distribuição de frequências relativas dos escores de 1 a 5 obtidos nas escalas de cada uma das 26 questões;
- ii) a distribuição dos escores obtidos em cada escala, por questão, em todos os domínios interpretando as escalas com diferentes conotações (intensidade, capacidade, frequência, avaliação) como sinônimo de satisfação. Assim o escore 1

correspondeu à uma avaliação de muita insatisfação; o 2 de insatisfação; o 3 de nem satisfação nem insatisfação, o 4 de satisfação e o 5 de muita satisfação;

iii) a distribuição de frequências dos escores obtidos considerando as escalas de satisfação para cada domínio para possibilitar uma análise global do comportamento das respostas;

iv-) a apresentação dos valores do escore transformado de 0 a 100, por meio das medidas de tendência central e de variabilidade, para possibilitar avaliar a percepção de qualidade de vida e de cada domínio da população estudada.

Em relação ao SGRQ os resultados foram interpretados a partir das medidas de tendência central e de variabilidade para possibilitar avaliar a percepção dos domínios e da qualidade de vida total.

Realizou-se também a correlação entre os domínios considerando os dois questionários de qualidade de vida, por meio do Teste de Correlação de Pearson (r). Essa análise foi feita partindo-se da premissa de que a percepção de aspectos mais gerais da qualidade de vida poderia estar associada à percepção mais específica do impacto da doença.

Por fim, utilizou-se o Teste de Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95% para associar as características individuais e de condições de vida dos indivíduos e as características do território de residência com a percepção da qualidade de vida e dos domínios da qualidade de vida que esses indivíduos apresentaram. Para a realização do teste foram dicotomizados os escores de cada um dos domínios e da qualidade de vida e as características selecionadas em presença ou ausência de risco para baixos escores a partir da mediana dos escores obtidos pelo grupo. Os indivíduos que apresentaram escores abaixo da mediana foram considerados com pior avaliação dos domínios e da percepção geral de qualidade de vida e os que apresentaram escores iguais ou acima da mediana foram considerados com melhor avaliação.

As características selecionadas para a associação foram o gênero (dividido nas categorias masculino e feminino), o estado civil (categorias casado e não casado), idade (categorias até 68 anos e 69 anos e mais, estabelecidas a partir da mediana de idade da população estudada), renda (categorias até 1 sm e acima de 1 sm, estabelecidas a partir da mediana de renda per capita familiar da

população estudada), escolaridade (categorias até 4 anos e 8 anos e mais estabelecidas a partir da mediana de anos de estudo da população estudada) e área de residência (dividida nas categorias área de exclusão social e área de inclusão social).

RESULTADOS

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos estão expostos segundo as características gerais da população estudada, o local de residência de cada um dos indivíduos entrevistados e os aspectos referentes à percepção de qualidade de vida e da relação entre a percepção e os indicadores objetivos selecionados para este estudo.

6.1 População estudada

A população estudada foi composta por 38 indivíduos com diagnóstico de DPOC cujos nomes e endereços foram obtidos a partir do banco de dados do SIH-DATASUS, fornecido pela DRS XVI.

6.1.1 Características da população segundo atributos individuais, aspectos clínicos e de condição de vida

As características gerais da população estudada são mostradas nas Tabelas 1 a 4 que estão dispostas abaixo.

Tabela 1. Perfil da população segundo gênero, idade e características antropométricas

Característica*	População		
	Indivíduos n= 38	Homens n= 25 (67,6%)	Mulheres n= 13 (32,4%)
Idade (anos)	69,4 ± 7,1 (52 a 81)	70,2 ± 6,4 (58-81)	68,2 ± 8,4 (52-80)
Peso (kg)	64,4 ± 14,4 (34 a 96)	66,4 ± 14,1 (42-96)	61,3 ± 16,2 (34-92)
Altura (metros)	1,65 ± 0,1 (1,45 a 1,80)	1,69 ± 0,1 (1,60-1,80)	1,55 ± 0,1 (1,45-1,69)
IMC (kg/m ²)	23,3 ± 4,2 (15,7 a 30,9)	23,2 ± 4,6 (16,4-34,8)	24,4 ± 4,8 (15,7-30,8)

*média, desvio padrão e variabilidade

Fonte: Questionário Clínico.

Tabela 2. Perfil da população segundo características clínicas

Característica	Número de indivíduos	
	Sim	Não
Hábito tabágico	32 (84,2%)	6 (15,8%)
Suscetibilidade a fatores ambientais	34 (89,5%)	4 (10,5%)
Uso de medicamentos	32 (84,2%)	6 (15,8%)
Doenças crônicas associadas	37 (97,4%)	1 (2,6%)
Estabilidade clínica	30 (78,9%)	8 (21,1%)
Tempo de início dos sintomas (anos)*	10,7 ± 8,8 anos (1 a 40 anos)	

*média, desvio padrão e variabilidade

Fonte: Questionário Clínico.

Tabela 3. Perfil da população segundo aspectos de condição de vida

Característica	Número de indivíduos	
Estado civil	27 (71%) com companheiro: 27 casados 11 (29%) sem companheiro: 7 viúvos, 3 separados, 1 solteiro	
Situação ocupacional	21 (55,3%) aposentados 8 (21,1%) aposentados e com trabalho 4 (10,5%) atividades domésticas 3 (7,9%) afastados 2 (5,2%) com trabalho	
Renda per capita familiar (em sm)	Valores	Indivíduos por faixa
	Média ± dp: 2,3 ± 3,9	17 (48,6%): até 1 sm
	Mediana: 1	10 (28,6%): de 1 até 2 sm
	Mínimo: 0,2	5 (14,3%): de 2 até 3 sm
	Máximo: 21,5	3 (8,6%): acima de 3 sm
Escolaridade (em anos)	Média ± dp: 4,4 ± 3,9	6 (16,2%): zero anos
	Mediana: 4	24 (64,9%): 4 anos
	Mínimo: 0	2 (5,4%): 8 anos
	Máximo: 15	5 (13,5%): 11 anos e mais

Fonte: Questionário de Condição de Vida.

Tabela 4. Perfil da população segundo aspectos da moradia

Característica	Número de residências	
Tipo de moradia	36 (94,8%) de alvenaria 1 (2,6%) de alvenaria e madeira 1 (2,6%) de madeira	
Forração	30 (78,9%) com forro 5 (13,2%) sem forro 3 (7,9%) com forro parcial	
Tipo de telha	30 (81,1%) de barro 6 (16,2%) de fibrocimento 1 (2,7%) de barro e fibrocimento	
	Valores	Residências por faixa
Moradores	Média ± dp: 2,8 ± 1,5	3 (8,1%): com 1
	Mediana: 2	18 (48,6%): com 2
	Mínimo: Máximo: 1	7 (18,9%): com 3
	Máximo: 9	9 (24,3%): com 4 ou mais

Fonte: Questionário de Condição de Vida.

Tabela 4. Perfil da população segundo aspectos da moradia (continuação)

Característica	Valores	Residências por faixa
Número de dormitórios	Média \pm dp: 2,5 \pm 0,8	3 (8,1%): com 1
	Mediana: 2	16 (43,2%): com 2
	Mínimo: 1	15 (40,5%): com 3
	Máximo: 4	3 (8,1%): com 4
Número de banheiros	Média \pm dp: 1,9 \pm 1,1	15 (40,5%): com 1
	Mediana: 2	16 (43,2%): com 2
	Mínimo: 1	4 (10,8%): com 3
	Máximo: 7	2 (5,4%): com 4 ou mais

Fonte: Questionário de Condição de Vida.

6.1.2 Distribuição espacial dos indivíduos com DPOC

Utilizando-se os endereços dos indivíduos entrevistados foi realizada a distribuição espacial tendo como bases cartográficas o eixo de ruas da cidade de Presidente Prudente e o Mapa da Exclusão/Inclusão Social de 2003 (MELAZZO et al, 2003) como mostrado a Figura 1.

Da perspectiva da distribuição segundo as áreas observou-se que dos 38 indivíduos, nove (23,7%) residiam em áreas de inclusão social, 17 (44,7%) em áreas de baixa exclusão social, dez (26,3%) em áreas de média exclusão social e dois (5,3%) em áreas de alta exclusão social.

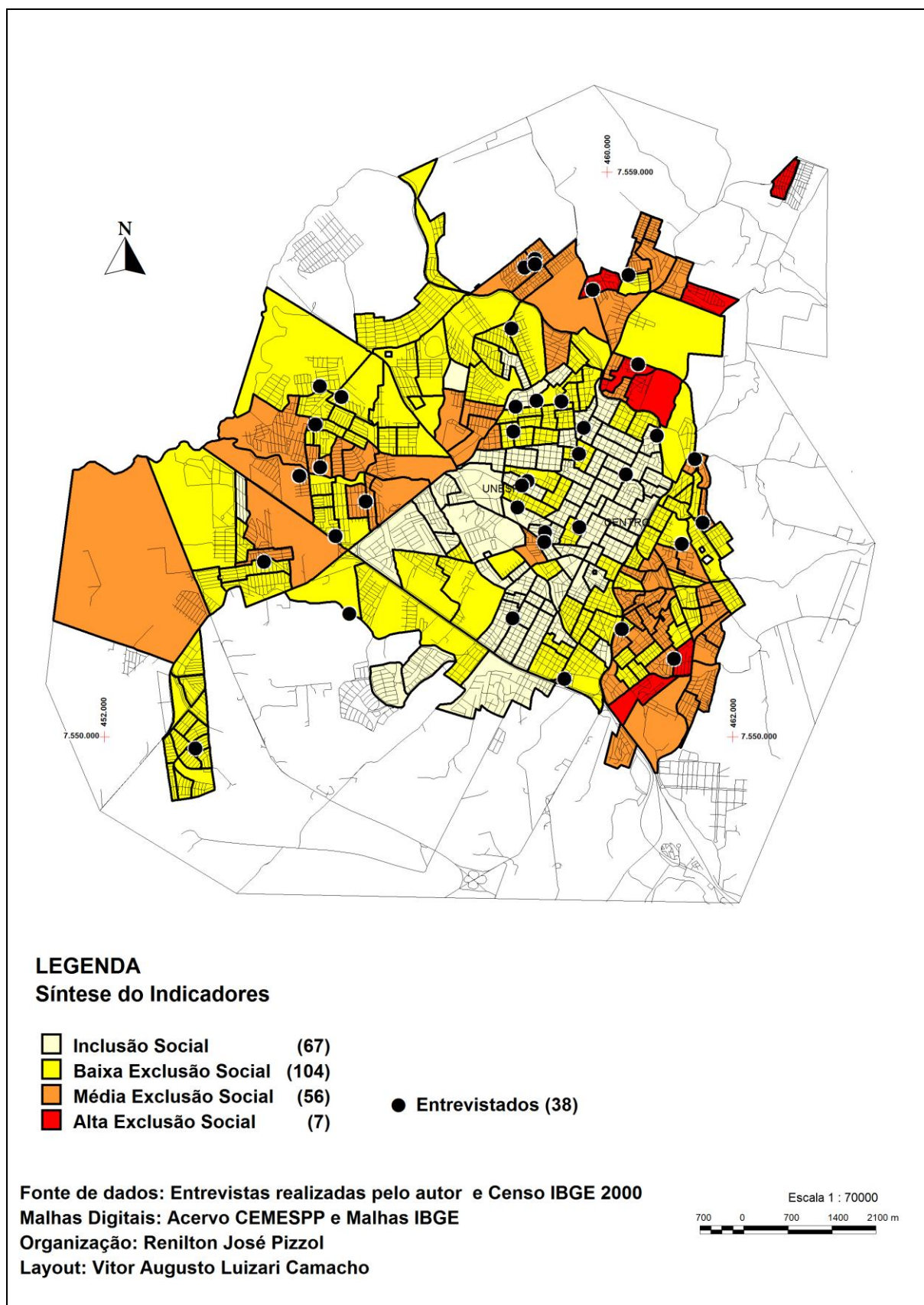


Figura 1. Distribuição de indivíduos com DPOC por áreas de Exclusão/Inclusão Social

6.2 Perfil da qualidade de vida

6.2.1 Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF

Os resultados obtidos estão apresentados da seguinte forma:

1) Distribuição por frequência relativa (em %) dos escores obtidos nas diferentes escalas para as questões relacionadas à percepção de qualidade de vida, à satisfação com a saúde e aos domínios por meio das Tabelas 5 a 9.

Tabela 5. Distribuição dos escores nas questões sobre avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde

Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Frequência%	2,6	5,3	36,8	47,4	7,9
Quão satisfeito você está com a sua saúde?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,6	18,4	36,8	34,2	7,9

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 6. Distribuição dos escores nas questões do domínio Físico

Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	13,2	10,5	42,1	28,9	5,3
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	13,2	34,2	47,4	5,3
Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	2,6	18,4	57,9	15,8	5,3
Quão bem você é capaz de se locomover?					
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Bom	Muito bom
Frequência%	2,6	7,9	34,2	44,7	10,5
Quão satisfeito você está com o seu sono?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	13,2	7,9	21,1	47,4	10,5

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 6. Distribuição dos escores nas questões do domínio Físico (continuação)

Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	5,3	13,2	28,9	50,0	2,6
Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	10,5	13,2	31,6	36,8	7,9

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 7. Distribuição dos escores nas questões do domínio Psicológico

O quanto você aproveita a vida?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	7,9	5,3	57,9	21,1	7,9
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	2,6	2,6	36,8	39,5	18,4
O quanto você consegue se concentrar?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	15,8	47,4	31,6	5,3
Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	13,2	37,8	27,0	21,6
Quão satisfeito você está consigo mesmo?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	0,0	13,2	23,7	50,0	13,2
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
	Nunca	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente	Sempre
Frequência%	21,1	50,0	15,8	10,5	2,6

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 8. Distribuição dos escores nas questões do domínio Ambiente

Quão seguro você se sente em sua vida diária?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	5,3	36,8	52,6	5,3
Quão saudável é o seu ambiente físico?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	7,9	15,8	39,5	28,9	7,9
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	13,2	26,3	50,0	2,6	7,9
Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	2,6	13,2	44,7	28,9	10,5
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	18,4	28,9	34,2	13,2	5,3

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 8. Distribuição dos escores nas questões do domínio Ambiente (continuação)

Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	5,3	5,3	15,8	34,2	39,5
Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	0,0	5,3	13,2	44,7	36,8
Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,6	2,6	18,4	50,0	26,3

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 9. Distribuição dos escores nas questões do domínio Social

Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	0,0	7,9	10,5	50,1	31,6
Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	3,0	30,3	36,4	18,2	12,1
Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,6	10,5	21,1	39,5	26,3

Fonte: WHOQOL-BREF.

2) Distribuição por frequência relativa (%) dos escores obtidos na escala de satisfação nas questões compreendidas nos domínios por meio da Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição dos escores para as questões do WHOQOL-BREF em cada domínio, de acordo com a escala de satisfação

Domínio	Escore*				
	1	2	3	4	5
Físico					
Q3 (dor e desconforto)	5,3	28,9	42,1	10,5	13,2
Q4 (dependência de medicação e tratamentos)	5,3	47,4	34,2	13,2	0,0
Q10 (energia e fadiga)	2,6	18,4	57,9	15,8	5,3
Q15 (mobilidade)	2,6	7,9	34,2	44,7	10,5
Q16 (sono e repouso)	13,2	7,9	21,1	47,4	10,5
Q17 (atividades da vida cotidiana)	5,3	13,2	28,9	50,0	2,6
Q18 (capacidade de trabalho)	10,5	13,2	31,6	36,8	7,9

*1 = muita insatisfação; 2 = insatisfação; 3 = nem insatisfação nem satisfação; 4 = satisfação; 5 = muita satisfação.

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 10. Distribuição dos escores para as questões do WHOQOL-BREF em cada domínio, de acordo com a escala de satisfação (continuação)

Domínio	Escore*				
	1	2	3	4	5
Psicológico					
Q5 (sentimentos positivos)	7,9	5,3	57,9	21,1	7,9
Q6 (espiritualidade)	2,6	2,6	36,8	39,5	18,4
Q7 (concentração)	0,0	15,8	47,4	31,6	5,3
Q11 (aparência)	0,0	13,2	37,8	27,0	21,6
Q19 (auto-estima)	0,0	13,2	23,7	50,0	13,2
Q26 (sentimentos negativos)	2,6	10,5	15,8	50,0	21,1
Ambiente					
Q8 (segurança física)	0,0	5,3	36,8	52,6	5,3
Q9 (moradia)	7,9	15,8	39,5	28,9	7,9
Q12 (recursos financeiros)	13,2	26,3	50,0	2,6	7,9
Q13 (acesso a informações)	2,6	13,2	44,7	28,9	10,5
Q14 (oportunidade de lazer)	18,4	28,9	34,2	13,2	5,3
Q23 (ambiente no lar)	5,3	5,3	15,8	34,2	39,5
Q24 (cuidados de saúde – acesso)	0,0	5,3	13,2	44,7	36,8
Q25 (transporte)	2,6	2,6	18,4	50,0	26,3
Social					
Q20 (relações pessoais)	0,0	7,9	10,5	50,1	31,6
Q21 (atividade sexual)	3,0	30,3	36,4	18,2	12,1
Q22 (apoio social)	2,6	10,5	21,1	39,5	26,3

*1 = muita insatisfação; 2 = insatisfação; 3 = nem insatisfação nem satisfação; 4 = satisfação; 5 = muita satisfação.

Fonte: WHOQOL-BREF.

Uma análise do comportamento das respostas como mostrado na Tabela 10 permite visualizar que:

- para o domínio físico a questão mais “negativa” foi a que se referiu à dependência de medicação e tratamento (52,7% do total de respostas insatisfatórias) enquanto a mais “positiva” foi a que se referiu ao sono com 57,9% de respostas satisfatórias;
- para o domínio psicológico a questão mais “negativa” foi a que se referiu à capacidade de concentração (15,8% de respostas insatisfatórias) e a mais “positiva” aquela que se referiu aos sentimentos negativos (71,1% das respostas);
- para o domínio ambiente a questão mais “negativa” foi a referente às oportunidades de lazer (47,3% das respostas) e a mais “positiva” a que se referiu ao acesso a um serviço de saúde (81,5% das respostas) e

- para o domínio social a questão mais “negativa” foi sobre a atividade sexual (33,3% das respostas) e a mais “positiva” a que envolveu as relações pessoais (81,7% das respostas).

3) Distribuição por frequência relativa (%) dos escores obtidos na escala de satisfação em cada domínio e no total (soma de todos os domínios) por meio da Figura 2.

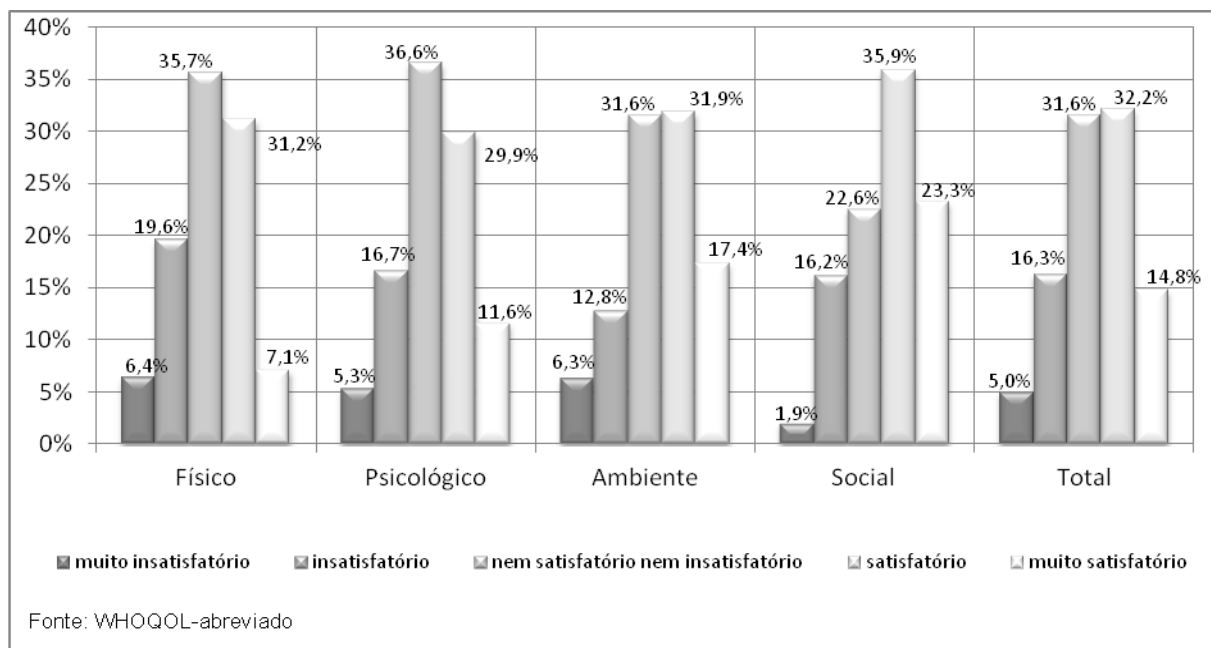


Figura 2. Distribuição dos escores nos domínios Físico, Psicológico, Ambiente e Social e no Total.

Fonte: WHOQOL-BREF.

Os resultados apresentados na Figura 1 permitem observar que nos domínios Físico e Psicológico o escore mais frequente foi o 3, no domínio Ambiente foram o 3 e o 4 e no domínio Social foi o 4. Já na soma total os escores mais frequentes foram o 3 e o 4.

O domínio social registrou o maior índice de avaliação positiva (59,2% das respostas), seguido do domínio ambiente (49,3%), do domínio psicológico (41,5%) e do domínio físico (38,3%).

O domínio físico por sua vez registrou o maior índice de avaliação negativa (26% das respostas), seguido do domínio psicológico (22%), do domínio ambiente (19,1%) e do domínio social (18,1%).

4) Tendência central dos valores obtidos pelos indivíduos por meio da Tabela 11 em que se visualiza os valores médios e da mediana para escore de 0 a 100 obtido na avaliação da qualidade de vida e dos domínios Físico, Psicológico, Ambiente e Social.

Tabela 11. Valores médios e da mediana obtidos para os domínios e qualidade de vida do WHOQOL-BREF

Domínios do WHOQOL-BREF					
	Físico	Psicológico	Ambiente	Social	Qualidade de vida
Média ± dp	53,3 ± 16,2	62,8 ± 15,0	61,2 ± 13,5	65,9 ± 20,8	63,2 ± 20,7
Mediana	57,1	62,5	60,9	66,7	75,0
Mínimo	3,6	37,5	21,9	16,7	0,0
Máximo	92,9	95,8	87,5	100,0	100,0

Fonte: WHOQOL-BREF.

6.2.2 Avaliação da qualidade de vida por meio do SGRQ

Os resultados obtidos estão apresentados da seguinte forma:

1) Tendência central dos valores obtidos pelos indivíduos por meio da Tabela 12 em que se visualiza os valores médios e da mediana para escore de 0 a 100 obtido na avaliação dos domínios Sintomas, Atividades, Impacto e para a Qualidade de Vida Total.

Tabela 12. Valores médios e da mediana obtidos nos domínios e na qualidade de vida total do SGRQ

Domínios do SGRQ				
	Sintomas	Atividades	Impacto	Qualidade de vida
Média ± dp	51,1 ± 24,5	61,8 ± 23,6	40,1 ± 23,7	48,6 ± 21,7
Mediana	52	64,5	40,7	51,2
Mínimo	0	6,0	0,0	5,7
Maximo	92,8	100,0	90,1	86,9

Fonte: SGRQ.

6.2.3 Correlações entre o WHOQOL-BREF e o SGRQ

A análise de correlação intra e interdomínios, estabelecida entre os questionários WHOQOL-BREF e SGRQ é mostrada na Tabela 13.

Tabela 13. Correlação intra e interdomínios do WHOQOL e SGRQ

	WHOQOL				SGRQ		
	Físico	Psicológico	Ambiente	Social	Sintomas	Atividades	Impacto
WHOQOL							
Físico	----	----	----	----	----	----	----
Psicológico	0,65*	----	----	----	----	----	----
Ambiente	0,51*	0,44*	----	----	----	----	----
Social	0,56*	0,49*	0,50*	----	----	----	----
SGRQ							
Sintomas	-0,54*	-0,35*	-0,21	-0,22	----	----	----
Atividades	-0,63*	-0,34*	-0,18	-0,26	0,55*	----	----
Impacto	-0,58*	-0,39*	-0,29	-0,24	0,64*	0,80*	----

* $p \leq 0,05$

Fontes: WHOQOL-BREF e SGRQ

Os resultados mostram que, no caso do WHOQOL-BREF a correlação entre os domínios intraquestionário foi significativa entre todos os domínios. Essa correlação foi boa entre os domínios Físico e Psicológico e moderada entre os domínios Físico e Ambiente, Físico e Social, Psicológico e Ambiente, Psicológico e Social e Ambiente e Social.

No caso do SGRQ a correlação entre os domínios intraquestionário também foi significativa entre todos os domínios. Essa correlação foi boa entre os domínios Sintomas e Impacto e Atividades e Impacto e moderada entre os domínios Sintomas e Atividades.

Já a correlação entre os domínios interquestionários foi considerada significativa entre o domínio Físico do WHOQOL-BREF e todos os domínios do SGRQ e entre o domínio Psicológico do WHOQOL-BREF e os domínios Sintomas e Impacto do SGRQ. A correlação do domínio Físico do WHOQOL-BREF com o domínio Atividades do SGRQ foi boa e com os domínios Sintomas e Impacto regular. Já a correlação do domínio Psicológico com todos os domínios do SGRQ foi considerada fraca.

6.2.4 Associação entre características da população e percepção de qualidade de vida e dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF

As associações entre as características individuais, de condição de vida e do território de residência e percepção de qualidade de vida e dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-BREF dos indivíduos estudados estão apresentadas nas Tabelas 14 a 19. Para caracterizar os valores obtidos em pior e melhor avaliação de qualidade de vida e dos domínios de qualidade de vida considerou-se a mediana dos valores obtidos pelos indivíduos entrevistados.

Tabela 14. Distribuição dos casos por valor de referência, sexo e domínios

Domínio	Sexo	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Homens	14	11	2,86	0,69 – 11,82
	Mulheres	4	9		
Psicológico	Homens	13	12	1,73	0,44 – 6,79
	Mulheres	5	8		
Ambiente	Homens	12	13	0,58	0,15 – 2,26
	Mulheres	8	5		
Social	Homens	13	12	1,08	0,28 – 4,13
	Mulheres	6	7		
Qualidade de vida	Homens	10	15	0,57	0,15 – 2,21
	Mulheres	7	6		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF

Tabela 15. Distribuição dos casos por valor de referência, idade e domínios

Domínio	Idade (anos)	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Até 68	8	11	0,65	0,18 - 2,36
	69 e mais	10	9		
Psicológico	Até 68	10	9	1,53	0,42 - 5,55
	69 e mais	8	11		
Ambiente	Até 68	9	10	0,81	0,23 - 2,89
	69 e mais	10	9		
Social	Até 68	9	10	1,24	0,34 - 4,45
	69 e mais	8	11		
Qualidade de vida	Até 68	9	10	1,24	0,34 - 4,45
	69 e mais	8	11		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF

Tabela 16. Distribuição dos casos por valor de referência, estado civil e domínios

Domínio	Estado civil	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Casado	13	14	1,11	0,27 - 4,55
	Não casado	5	6		
Psicológico	Casado	12	15	0,67	0,44 - 6,79
	Não casado	6	5		
Ambiente	Casado	14	13	0,90	0,22 - 3,66
	Não casado	6	5		
Social	Casado	11	16	0,83	0,20 - 3,39
	Não casado	5	6		
Qualidade de vida	Casado	11	16	0,57	0,14 - 2,35
	Não casado	17	21		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 17. Distribuição dos casos por valor de referência, renda e domínios

Domínio	Renda (sm)	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Até 1	11	6	3,67	0,91 - 14,82
	Acima de 1	6	12		
Psicológico	Até 1	9	8	1,41	0,37 - 5,32
	Acima de 1	8	10		
Ambiente	Até 1	11	6	6,42	1,44 - 28,52*
	Acima de 1	4	14		
Social	Até 1	10	7	2,86	0,72 - 11,31
	Acima de 1	6	12		
Qualidade de vida	Até 1	11	6	4,74	1,14 - 19,98*
	Acima de 1	5	13		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 18. Distribuição dos casos por valor de referência, escolaridade e domínios

Domínio	Escolaridade (anos)	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Até 4	13	17	0,57	0,11 - 3,02
	8 e mais	4	3		
Psicológico	Até 4	14	16	0,66	0,12 - 3,45
	8 e mais	4	3		
Ambiente	Até 4	14	16	6,13	0,67 - 56,10
	8 e mais	1	6		
Social	Até 4	14	16	1,17	0,22 - 6,14
	8 e mais	3	4		
Qualidade de vida	Até 4	15	15	2,50	0,42 - 14,96
	8 e mais	2	5		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF.

Tabela 19. Distribuição dos casos por valor de referência, áreas de residência e domínios

Domínio	Área	Valor de referência sobre a mediana		Estatística	
		Pior*	Melhor*	OR	IC
Físico	Exclusão	18	11	13,09	1,44 - 119,34*
	Inclusão	1	8		
Psicológico	Exclusão	18	11	13,09	1,44 - 119,34*
	Inclusão	1	8		
Ambiente	Exclusão	19	10	15,20	1,66 - 139,31*
	Inclusão	1	8		
Social	Exclusão	17	12	11,33	1,25 - 102,93*
	Inclusão	1	8		
Qualidade de vida	Exclusão	17	12	11,33	1,25 - 102,93*
	Inclusão	1	8		

*Pior e melhor avaliação

Fonte: WHOQOL-BREF.

Os resultados mostraram que houve uma associação positiva da percepção de qualidade de vida com duas características: renda e área de residência.

No caso da renda essa associação aconteceu com o domínio Ambiente indicando que os indivíduos com renda familiar per capita acima de 1 sm tiveram 6,42 mais chances de estarem satisfeitos com esse domínio em relação aos indivíduos com renda de até 1 sm e na percepção de qualidade de vida indicando que os indivíduos com renda acima de 1 sm tiveram 4,74 mais chances de estarem satisfeitos com a qualidade de vida em relação aos indivíduos com renda de até 1 sm.

Quanto à área de residência a associação ocorreu com todos os domínios e com a percepção de qualidade de vida. No domínio Físico e no Psicológico os indivíduos da área de inclusão tiveram 13,09 mais chances de estarem satisfeitos com esses domínios em relação aos indivíduos da área de exclusão, enquanto que no domínio Ambiente as chances foram de 15,2 e nos domínios Social e na percepção de qualidade de vida 11,33.

7 DISCUSSÃO

A investigação referencial e de campo ofereceu respostas importantes à luz do que se buscava na ocasião do projeto formulado para o desenvolvimento desta tese. Observou-se relação entre alguns aspectos objetivos da qualidade de vida (explorados de modo mais sistemático em pesquisas sociais) e a subjetividade (explorada em pesquisas sociais e da saúde e com longo histórico de operacionalização nas pesquisas da saúde). Tais achados trazem possibilidades de exploração de um cenário complexo e multidimensional que advém do estudo da qualidade de vida, estimulando inserções interdisciplinares na investigação desse importante tema.

A prospecção por informações sobre a temática mostrou uma possibilidade de investigação ainda pouco explorada. O uso de conceitos, instrumentos, estratégias e reflexões para análise da qualidade de vida de determinada população, conjugando disciplinas de naturezas distintas permitiu a elaboração de um ponto de vista particular reforçado pelos resultados encontrados na pesquisa de campo.

Em síntese o que a pesquisa referencial deste estudo encontrou foi que qualidade de vida tem sido bastante explorada na literatura científica nas áreas de conhecimento ligadas às Ciências Humanas (particularmente naquelas relacionadas à pesquisa de indicadores sociais) e às Ciências da Saúde o que transformou o tema em objeto de extensa discussão teórica e metodológica cujas principais preocupações repousam na definição do conceito, nas características implícitas a ele, na busca por modelos teóricos e na operacionalização.

No entanto, embora essas questões sejam discutidas em ambas as áreas, o que transparece é que na pesquisa social os estudos sobre qualidade de vida se apoiam principalmente na característica multidimensional do construto medido por indicadores objetivos que expressam uma situação mais coletiva de uma determinada sociedade cuja avaliação refletiria o “peso” de cada dimensão na satisfação de viver. Já na pesquisa em saúde entra em cena a subjetividade como característica mais importante reconhecendo que é prerrogativa do indivíduo

(geralmente com um agravamento à saúde) perceber e avaliar a sua vida a partir do seu estado de saúde.

Na busca teórica sobre o assunto a questão que compareceu é se haveria a possibilidade de se apropriar de arcabouço teórico e metodológico existente e estruturado a partir do conhecimento sobre qualidade de vida para explorar uma possível relação entre os aspectos objetivos e subjetivos e assim contribuir para a discussão de uma temática importante e bastante presente na literatura científica na pesquisa social e em saúde. Para Cummins (2000), por exemplo, a investigação dessas questões pode fornecer importantes “insights” para o conhecimento do construto.

Os resultados encontrados a partir do trabalho de campo possibilitaram explorar os dados no sentido de caracterizar os indivíduos estudados sob a perspectiva dos atributos individuais, clínicos e de condição de vida e a avaliação da qualidade de vida.

Quanto ao perfil dos indivíduos observou-se que a população estudada tem características semelhantes aos de outros estudos de caráter epidemiológico (YAKSIC et al, 2003). O grupo estudado foi composto na maioria por homens (refletindo a prevalência maior de tabagismo entre eles), por idosos (refletindo a cronicidade da doença) e por ex-tabagistas (refletindo o estilo de vida e a relação causal entre cigarro e DPOC).

Clinicamente estes indivíduos revelaram que os sintomas respiratórios apareceram há muitos anos e que, no momento da entrevista, eram diários (o que está de acordo com a história natural da doença) tanto que a grande maioria usava medicação respiratória que contribuiu para a estabilidade clínica observada. Apesar de a DPOC não ser uma doença marcadamente influenciada por substâncias encontradas no ambiente (como a asma brônquica, por exemplo) a grande maioria dos indivíduos declarou que o contato com pelo menos um fator ambiental agravava o quadro respiratório. Em relação às doenças associadas, a grande maioria relatou pelo menos uma doença crônica associada o que condiz com o perfil epidemiológico dessas doenças que está bastante relacionado ao perfil da faixa etária dos indivíduos (idosos) e, também aos seus hábitos de vida.

Em relação à condição de vida os resultados mostraram que prevaleceram situações: conjugal satisfatória (maioria dos indivíduos com companheiro); econômica insatisfatória com os indivíduos, na maioria pertencendo às classes D e E (segundo os critérios de estabelecimento de classes econômicas por faixas de salário mínimo do IBGE); de escolaridade baixa (maioria com até quatro anos de estudo) que se refletiu no tipo de ocupação por trabalhos manuais e de pouca especialização; ocupacional representada por uma maioria aposentada; de moradia caracterizada por casa própria, resultado de financiamento de moradias de baixo padrão provenientes de conjuntos habitacionais, com casas com pequenos e poucos cômodos que abrigavam geralmente os cônjuges e eventualmente familiares mais próximos.

A avaliação do perfil de qualidade de vida neste estudo foi fundamentada na necessidade de usar ferramentas com concepções e interesses metodológicos distintos (ou seja, o WHOQOL e o SGRQ), mas que permitissem visualizar uma avaliação de qualidade de vida fundamentada nas premissas sociais e uma avaliação mais diretamente relacionada ao impacto da doença, objeto de interesse dos estudos de qualidade de vida na área da Saúde.

Nesse caso a aplicação do SGRQ mostrou que a percepção do impacto provocado pela doença respiratória está presente, pois os valores encontrados se deslocaram da ausência da percepção do impacto (ou seja, o valor zero) e foram comparáveis aos outros estudos com o mesmo tipo de população. Para a qualidade de vida total, por exemplo, foram semelhantes ao encontrados por Engstrom et al (2001). Já o comportamento dos domínios Atividades (o pior avaliado) e Impacto (o melhor avaliado) se assemelhou ao estudo de Buss e Silva (2009) e neste estudo pode estar associado a dois aspectos principais: ao comportamento dos sintomas (observado no domínio Sintomas) que estavam presentes no cotidiano dos indivíduos estudados, encontravam-se controlados sendo por isso, tolerados, mas não o suficiente para não dificultar a realização de atividades habituais que se refletiram na pior avaliação do domínio que abrangia essas questões e ao comportamento da percepção psicológica/social em que a presença dos aspectos mais positivos (a sensação de autonomia, a interpretação do uso de medicamento como aspecto positivo no controle da doença, as expectativas

de melhora da doença, a pouca influência da doença sobre o trabalho e sobre as relações sociais) prevaleceu em relação aos aspectos que foram citados como mais negativos (a auto-imagem e o auto-controle que revelaram sentimentos de vergonha e medo perante à doença).

Além disso, se analisarmos os resultados obtidos pelos indivíduos deste estudo em relação aos valores encontrados em uma população geral de idade similar (em estudo realizado por FERRER et al, 2002 cujo objetivo foi o de estabelecer uma normatização populacional para os valores do SGRQ) observa-se uma qualidade de vida comparativamente muito pior uma vez que a mediana dos escores obtidos neste estudo pelos indivíduos na faixa etária entre 60 e 69 anos (ou seja, 62,0 para Sintomas, 70,9 para Atividades, 43,4 para Impacto e 58,1 para Qualidade de Vida Total), se situou na mediana dos escores da população geral no percentil 95 para os domínios Atividade, Impacto e Qualidade de vida Total (significando então, para efeito de comparação, que 95% da população geral apresentariam escores mais baixos, e, portanto, melhor percepção desses domínios) e entre os percentis 90 e 95 para o domínio Sintomas (para efeito de comparação, 90 a 95% da população apresentariam valores abaixo deste escore e teriam, portanto, melhor percepção desse domínio). Estes resultados, por sua vez, foram semelhantes ao estudo de Miravittles et al (2004) com indivíduos DPOC com faixa etária similar e reforçam a ideia da presença do impacto da doença no cotidiano desses indivíduos.

Em relação à avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL pode-se realizar a análise a partir da própria estrutura do instrumento que engloba duas questões independentes (a percepção geral de qualidade de vida e o nível de satisfação com a saúde) e quatro domínios que são interpretados separadamente que, por sua vez contém um conjunto de questões que se relaciona com os aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais que também podem ser objeto de análise na composição da investigação da qualidade de vida (ARNOLD et al, 2004).

Os resultados mostraram que, em relação à percepção de qualidade de vida, observou-se que 55,3% das pessoas a classificaram como satisfatória e apenas 7,9% como insatisfatória e quanto à satisfação com a saúde, 41,9% das

peças a classificaram como satisfatória enquanto que 21% como insatisfatória. Esses resultados indicam que existiu uma divergência entre as percepções de qualidade de vida e saúde que poderia ser explicado: a) pelo fato das pessoas entrevistadas apresentarem uma condição crônica que se mostrou impactante quanto às questões mais específicas do estado de saúde (como observado nos resultados do SGRQ) que reverberou de modo mais importante na ideia geral de saúde; b) pelo fato de pessoas mais velhas se preocuparem mais com a sua condição de saúde, como indicou o estudo de Bowling e Brazier (1995) e c) por um possível processo de adaptação que gerou perspectivas mais satisfatórias de qualidade de vida indicando que, para estes indivíduos outras áreas da vida que não se relacionam diretamente com o estado de saúde, foram importantes na elaboração da avaliação.

Quanto à análise dos domínios pela perspectiva das questões que os compõem foi observado que o domínio Físico recebeu o menor número de respostas satisfatórias entre todos os domínios (38,3% das respostas), mostrando que os aspectos físicos foram os mais impactados para os indivíduos entrevistados. Já entre as questões, receberam avaliações predominantemente satisfatórias a satisfação com o sono (57,9% das respostas) e as capacidades: de locomoção (55,2% das respostas), de desempenhar atividades de vida diária (52,6%) e para o trabalho (44,7%). As questões com avaliação predominantemente intermediária foram energia e fadiga (57,9%) e dor física impeditiva (42,1%) enquanto que menos satisfatória se referiu à intensidade da dependência de tratamento de saúde (52,7%) tendência esperada por conta da faixa etária das pessoas entrevistadas e pelo uso cotidiano de medicamentos pela grande maioria do grupo estudado.

No domínio Psicológico, as questões relacionadas à percepção de sentimentos negativos (71,1%), à autoestima (63,2%), à espiritualidade (57,9%) e à autoimagem (48,6%) foram consideradas as mais satisfatórias. Já as questões relacionadas aos sentimentos positivos (57,9%) e à capacidade de concentração (47,4%) tiveram uma avaliação predominantemente intermediária.

No domínio Ambiente, cinco questões apresentaram predomínio da avaliação positiva da situação: o acesso aos serviços de saúde (81,5% das respostas), a qualidade do transporte usado (76,3%), o ambiente no lar (73,7%), a

sensação de segurança física (57,9%) e o ambiente físico (39,5%). Nas questões relacionadas aos recursos financeiros (50,0%) e acesso à informação (44,7%) a avaliação intermediária foi a que prevaleceu. Nesse domínio a questão que recebeu uma avaliação insatisfatória foi a que se referia às oportunidades de lazer (47,3% das respostas).

No domínio Social, duas questões abordadas receberam a maioria de respostas positivas: a das relações pessoais (81,7% das respostas) e de apoio social (65,8%) enquanto que a questão sobre a atividade sexual recebeu um maior número de respostas intermediárias (36,4%).

Ao analisar o contexto geral da população investigada neste estudo a partir da comparação dos resultados com a exploração de qualidade de vida investigada por Pereira et al (2006), com uma população de perfil semelhante quanto à idade, renda, escolaridade e situação conjugal, observam-se divergências de valores com os resultados deste estudo indicando escores mais baixos para todos os domínios com a diferença maior acontecendo no domínio Físico, que neste estudo recebeu os menores escores. Essa diferença pode indicar que o WHOQOL-BREF mostrou sensibilidade em detectar o impacto da doença respiratória no domínio que investiga os aspectos diretamente relacionados ao estado de saúde e que podem ser, portanto, mais influenciáveis na elaboração mental da satisfação quando na presença de doenças que pertencem ao cotidiano do indivíduo. Tal achado pode ser corroborado pelo fato de que as maiores correlações entre os domínios dos dois questionários foram as do domínio Físico do WHOQOL-BREF com todos os domínios do SGRQ. Os escores menores encontrados em outros domínios, por sua vez, indicam que as outras dimensões podem ser consistentemente importantes a despeito do estado de saúde e a presença do problema como indicaram Skevington e O'Connell (2004) em um estudo que investigou a importância que indivíduos saudáveis e doentes dão aos domínios centrais do WHOQOL.

Outra possibilidade de interpretação, considerada em muitos estudos, repousa no grau de satisfação encontrado na avaliação de qualidade de vida nos seus elementos mais centrais que são os domínios. Segundo Pereira et al (2006) uma possibilidade de análise dessa avaliação é a de utilizar como âncora o valor

mediano do escore de 0 a 100 do WHOQOL já que, segundo esses autores, não existiriam pontos de corte para uma população com faixas etárias semelhantes a este estudo, que determinem um escore abaixo ou acima a partir do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa” [essa tendência de normatização já comparece em alguns estudos inclusive no Brasil com CRUZ et al (2011) que estabeleceram valores de normalidade, mas para uma população mais jovem]. Nesse caso, pelo valor mediano, os resultados deste estudo indicaram que os escores de qualidade de vida se situaram em uma escala positiva sendo que o domínio Físico (média de 53,3) foi o que mais se aproximou da parte inferior da mediana. Neste sentido, a análise de um grupo particular de indivíduos pode caracterizar um perfil próprio e, ainda que a análise individual de cada sujeito de sua realidade seja importante, a categorização de grupos pode oferecer um diagnóstico interessante para futuras intervenções.

Parte da estratégia metodológica teve como base a estratificação dos indivíduos conforme características que poderiam influenciar a percepção da qualidade de vida (algumas, como renda e escolaridade, bastante utilizadas na pesquisa social e outras, como o território, pouco utilizadas) e a utilização de estatística de associação que puderam ser exploradas por meio dos instrumentos que captaram essas informações. Deve-se lembrar que a forma de categorizar sujeitos não é usual neste universo, difere-se de abordagens quantitativas normalmente utilizadas (comparação utilizando valores de tendência central e variabilidade), mas que neste caso, nos ofereceu dados que acrescentam novos elementos à literatura técnica pertinente.

Ao utilizar o WHOQOL-BREF procurou-se privilegiar o componente subjetivo e utilizar uma estrutura bem sedimentada de análise da qualidade de vida que possibilitasse efetuar a combinação de indicadores que mensurem componentes objetivos e subjetivos da qualidade de vida, o que se constituiu em área estratégica no desenvolvimento metodológico deste estudo. Embora outros estudos na área da Geografia explorem com propriedade a presença desses indicadores como determinantes na qualidade de vida geralmente não contemplam nos seus desenhos metodológicos, ferramentas de associação que poderiam explicar a qualidade de vida e instrumentos subjetivos de maior reprodutibilidade que

poderiam ser aplicáveis em outras realidades e populações (FIGUEIREDO e GUIDUGLI, 2003; SANTOS e LEAL, 2011).

Assim, em relação às variáveis utilizadas, alocando os indivíduos conforme suas características, observou-se que os resultados encontrados indicaram que a associação se mostrou significativa para duas variáveis de condição de vida: a renda e a área de residência do entrevistado. Para a idade, o sexo, a situação conjugal, e a escolaridade não houve uma associação entre as situações consideradas como piores (indivíduos mais velhos, do sexo feminino, sem companheiro e com pior escolaridade) e escores piores de qualidade de vida. De fato, a não significância estatística para tais variáveis somam-se às divergências encontradas na literatura para a relação entre a percepção de qualidade de vida e as variáveis utilizadas neste estudo o que tem gerado um número expressivo de hipóteses explicativas (SPRANGERS et al, 2000; JAKOBSSON, HALLBERG e WESTERGREN et al, 2004; PEREIRA et al 2006; SKEVINGTON, 2010; BLAY e MARCHESONI, 2011; PEREIRA et al 2011).

No caso da renda essa associação aconteceu com o domínio Ambiente e com a percepção de qualidade de vida (ou seja, indivíduos com menor renda apresentaram os piores escores). Tais achados vão ao encontro do estudo de Blay e Marchesoni (2011) em que a renda foi substancialmente associada com o domínio Ambiente, o que para esses autores pode ser peça de evidência do papel dos aspectos econômicos associados com a morbimortalidade e com a qualidade de vida. Para Jakobsson, Hallberg e Westergren (2004) a combinação de indivíduos idosos (que foi a faixa etária prevalente deste estudo) com os rendimentos diminuídos se constitui fator importante na vida diária e impacta a qualidade de vida de grupos populacionais com essas características. Além disso, pode-se inferir que a presença da doença crônica associada aos gastos para seu controle (muitos indivíduos desta pesquisa tinham plano de saúde privado justamente devido à doença respiratória) pode representar por si uma condição causal para sustentar tal achado. Apesar de não haver elementos neste estudo para um diagnóstico exato sobre esta hipótese, tal questão não deve ser desconsiderada e, ainda merece ser investigada em situação futura.

Já a análise em conjunto das condições de vida territorializadas e as dimensões percebidas da vida, possibilitou a observação de associações de interesse para a exploração da qualidade de vida a partir do entendimento de que as diferentes condições de estruturação socioespacial resultaram em diferentes percepções de qualidade de vida.

Ao explorar essa associação este estudo vai ao encontro de um campo da literatura científica na área da Geografia (KAMP, 2002; PACIONE, 2003; MARANS, 2003; LERCHER, 2003) que, por meio da elaboração de modelos teóricos, defendem que a associação da qualidade de vida subjetiva, de caráter individual, com aspectos objetivos de qualidade de vida deve ser explorada. Segundo Pacione (2003) a investigação dessa questão possibilitaria a elaboração de um construto abrangente que permitiria explorar a relação indivíduo-ambiente que, para ele é relação quintessencial da questão geográfica. No entanto apesar dessa questão estar presente ainda existem poucos estudos que procuram operacionalizar essa relação.

Neste estudo os achados deram-se a partir da indicação de que morar em áreas de inclusão ou de exclusão associou-se significativamente com todos os domínios de qualidade de vida e com a percepção de qualidade de vida diferentemente do que aconteceu com a maioria dos condicionantes investigados no âmbito individual, indicando que questões conjunturais de caráter coletivo, produtoras de determinadas realidades socioespaciais, prevaleceram sobre as questões mais individuais na composição, por parte da população estudada, daquilo que ela entendia como pior ou melhor qualidade de vida.

Essa análise partiu do pressuposto de que as chances dos indivíduos que moravam em áreas de inclusão de estar mais satisfeitos com os domínios de qualidade de vida e com a qualidade de vida foram sempre maiores quando comparados com a perspectiva dos indivíduos das áreas de exclusão. Neste caso essa associação foi mais marcante com o domínio Ambiente em que as chances de maior satisfação com os aspectos da qualidade de vida foram 15 vezes maiores para os moradores de áreas de inclusão.

Em outro estudo de conotação semelhante Pinto (2008) observou uma diferença na percepção de qualidade de vida nas esferas mais privadas da vida e

uma homogeneidade de percepção nas dimensões relacionadas aos diferentes tipos de território (considerado pela autora como a representação das condições de estruturação socioespacial e como o lugar onde decorre o cotidiano dos indivíduos) resultado que foi diferente deste estudo. Para Pinto (2008) os níveis altos de satisfação encontrados em seu estudo foram os responsáveis por homogeneizar a percepção dos espaços sociais mesmo em condições de vida diferenciadas.

Já neste estudo embora as percepções sobre os domínios mais amplos da qualidade de vida tenham sido satisfatórias observou-se que as condições de estruturação socioespacial diferentes (expressas pelas áreas de inclusão e exclusão) foram percebidas e desempenharam algum papel na elaboração individual da percepção de satisfação mostrando que é possível explorar a relação preconizada por Rogerson (1995) entre o mecanismo interno psicológico-fisiológico e as condições externas responsáveis por acionar e moldar esse mecanismo que é responsável pela elaboração de uma concepção individual de qualidade de vida.

Esses achados apontam para a mesma direção daqueles observados no estudo de Bayram, Bilgel e Bilgel (2012). Esses autores procuraram associar a percepção de qualidade de vida, medida pelo WHOQOL-BREF com a exclusão social considerada como categoria multidimensional e observaram que a percepção de qualidade de vida recebeu um impacto direto e negativo das dimensões relacionadas à privação material (medida por variáveis relacionadas à renda e despesas) e à participação social (medida por variáveis relacionadas ao contato social, à relação com amigos e à existência de apoio social).

Olhar sob um prisma particular a condição exposta pode trazer à pesquisa uma real possibilidade de diagnóstico populacional considerando instrumentos distintos. Neste caso, uma representação cartográfica da condição de vida e uma ferramenta de percepção e avaliação de esferas da vida, a partir da perspectiva individual, indicaram uma sobreposição metodológica permitindo inferir que ambos podem ser considerados expressões da qualidade de vida.

Uma leitura sobre o exposto pode se aproveitar da gênese das ferramentas utilizadas e de seus pretensos objetivos. O mapa da Exclusão/Inclusão Social foi criado, em essência, para diagnosticar um cenário geral de estruturação socioespacial de cidades médias e servir como um dos elementos norteadores de

ações de políticas públicas nesses lugares. A sua interpretação pode apontar para questões emergenciais ao se considerar o conjunto desigual das áreas e indicar a necessidade de intervenção. Por outro lado, instrumentos que medem a qualidade de vida sob as perspectivas subjetiva e multidimensional são elaborados para emitir um diagnóstico individual da percepção da satisfação ou não de necessidades encontradas nas várias dimensões da vida e podem funcionar como elementos de ligação entre o particular e o coletivo, o real e o percebido.

Os achados deste trabalho mostraram que uma análise conjunta além de uma sobreposição, pode indicar um caminho para um diagnóstico complementar de populações abrangendo um cenário complexo, compreendendo ambiente e indivíduo bem como suas interações.

A busca pelas respostas trouxe outras inquietações que apenas poderão ser mitigadas em explorações futuras. Cabe ao pesquisador, entretanto assumir a responsabilidade de aponta-las e assim garantir que outrem tenham a oportunidade de refletir sobre a possibilidade de análises de outro ponto de vista. O uso de um modelo metodológico contendo ferramentas qualitativas poderia proporcionar, após a identificação de associações significantes entre os aspectos investigados, uma complementação do diagnóstico da população. Dessa forma, nuances observadas pelo pesquisador teriam maior valia no resultado final e, conseqüentemente, abririam mais perspectivas de atuação.

A partir da reflexão resultante do trabalho teórico e prático realizado para o desenvolvimento desta tese e dos resultados obtidos, faz-se importante apresentar perspectivas sob o prisma deste autor. A principal foi a possibilidade de utilizar e desenvolver ferramentas de investigação e de análise estatística que permitiram explorar em um estudo na área da Geografia o tema da qualidade de vida sob a perspectiva da subjetividade e da sua relação com os aspectos objetivos e que geraram resultados que indicaram que metodologicamente estudos desta natureza podem ser realizados e que as estratégias de pesquisa utilizadas podem ser reproduzidas em outras situações em que a relação indivíduo e sociedade seja o objeto de estudo.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

A partir do levantamento teórico utilizado para a realização deste estudo conclui-se que a temática está presente na pesquisa social e nas áreas da Saúde e da Geografia. Nesta revisão da literatura observa-se que no campo da pesquisa social existe todo um arcabouço teórico que atrela qualidade de vida à múltiplos indicadores sociais de natureza objetiva e subjetiva. No entanto embora se reconheça a importância da subjetividade na composição da qualidade de vida geralmente, são os indicadores objetivos os escolhidos para a investigação do bem-estar coletivo.

Em relação à área da Saúde, prevalece o enfoque subjetivo e operacional (fundamentado na elaboração de instrumentos de investigação) voltado ao impacto que uma doença crônico-degenerativa causa a aspectos da vida do indivíduo. Observa-se, no entanto os esforços da OMS em atrelar o conhecimento teórico da área aos modelos teóricos utilizados na pesquisa social para a elaboração de um conceito de qualidade de vida e de um instrumento que alia a subjetividade à multidimensionalidade que são questões observadas na Geografia por um conjunto de pesquisadores que, a partir da discussão de modelos teóricos reconhecem que qualidade de vida é construto fundamental na interpretação da relação entre indivíduo-ambiente-sociedade e que indicadores objetivos individuais e que expressem condições de vida coletivas (que podem ser, por sua vez expressas pela perspectiva do território enquanto revelador de condições materiais) deveriam estar associados a indicadores subjetivos de satisfação individual com as dimensões da vida.

É neste aspecto que este estudo se fundamenta ao observar que existem poucos estudos empíricos que associam, no estudo de qualidade de vida, o arcabouço teórico das Ciências Humanas com a estrutura metodológica (e operacional) desenvolvida na área da Saúde.

Para levar adiante esta proposta este estudo lançou mão de ferramentas de investigação e de coleta de dados que explorassem os aspectos objetivos (individuais e coletivos) e subjetivos da qualidade de vida e de ferramentas

estatísticas que permitissem visualizar uma associação e explorar a interdisciplinaridade do construto.

Em relação à avaliação de qualidade de vida observou-se que a doença crônica respiratória tem impactos importantes sobre esferas da vida relacionadas à percepção do estado de saúde. Domínios do questionário SGRQ receberam escores bastante insatisfatórios quando comparadas com valores populacionais.

Quanto ao WHOQOL-BREF observou-se que os escores foram considerados satisfatórios para todos os domínios e para a percepção de qualidade de vida sendo que o domínio Físico foi o pior avaliado, indicando uma relação direta entre a condição de saúde e a elaboração mental da satisfação com esse domínio.

A análise dos aspectos objetivos e subjetivos da qualidade de vida mostrou uma associação entre renda e domínio Ambiente indicando que uma pior situação financeira influenciou negativamente a percepção de aspectos da vida ligados principalmente no que diz respeito à suficiência de dinheiro para satisfação das necessidades, à garantia do acesso à informação e ao lazer. Outra associação observada foi entre áreas de residência e todos os domínios de qualidade de vida indicando que as condições socioespaciais desiguais influenciaram negativamente todas as dimensões percebidas da vida dos indivíduos estudados.

Por fim, reitera-se, a partir da experiência vivida durante a construção desta tese, que a estrutura conceitual e metodológica que envolve a temática da qualidade de vida pode ser explorada de modo interdisciplinar e como categoria de análise no entendimento da relação do indivíduo com o ambiente que é questão central de campos da Geografia e que deveria ser mais bem investigada no campo da Saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACSERD, H. Discursos da sustentabilidade urbana. R. B. Estudos Urbanos e Regionais, n. 1, p. 79-90, mai. 1999.

ALMEIDA, A. L. J. et al. Como ler a desigualdade em cidades médias? In: MELAZZO, E. S.; GUIMARÃES, R. B. Exclusão social em cidades brasileiras. Um desafio para as políticas públicas. São Paulo: Editora UNESP, 2010, p. 11-31.

ARAUJO, Z. T. S.; HOLANDA, G. O índice BODE correlaciona-se com a qualidade de vida em pacientes com DPOC? J Bras Pneumol, v. 36, n. 4, p. 447-452, 2010.

ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Quality of life res, v. 13, p. 883-896, 2004.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013> Acesso em: 5 set. 2013.

BAK-DRABIK K.; ZIORA, D. The impact of socioeconomic status on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Pneumonol Alergol Pol, v. 78, n. 1, p. 3-13, 2010.

BAROFSKY, I. Can quality or quality-of-life be defined? Qual Life Res, v.21, p. 625–631, 2012.

BAYRAM, N.; BILGEL, F.; BILGEL, N. G. Social exclusion and quality of life: an empirical study from Turkey. Soc. Ind. Res, v. 105, p.109-120, 2012.

BERGNER, M. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Med Care, v. 19, n. 8, p. 787-805, ago. 1981.

BERRY, M.J. et al. Exercise rehabilitation and chronic obstructive pulmonary disease stage. Am. J. Respir. Crit. Care Med, v. 160, n. 4, p. 1248-1253, out. 1999.

BLAY, S. L.; MARCHESONI, M. S. M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-bref scores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 677-686, 2011.

BOGNAR, G. The Concept of Quality of Life. Social Theory and Practice, v. 31, n. 4, p. 561-580, out. 2005.

BOUERI, F. M. V. et al. Quality of life measured with a generic instrument (short form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest, v. 119, n. 1, p. 77-84, jan. 2001.

BOWLING, A. I.; BRAZIER, J. 'Quality of life' in social science and medicine. Soc. Sci. Med, v. 41, n. 10, p. 1337-1338, 1995.

BROWN, J.; BOWLING, A.; FLYNN, T. Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. European Forum on Population Ageing Research, p. 1-133, mai, 2004.

BUSS, A. S.; SILVA, L. M. Estudo comparativo entre dois questionários de qualidade de vida em pacientes com DPOC. J Bras Pneumol, v. 35, n. 4, p. 318-324, 2009.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. Journal of medical ethics, v. 10, p. 124-127, 1984.

CAMELIER, A. et al. Validação do questionário de vias aéreas 20 ("Airways questionnaire 20" - AQ20) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil. J Pneumol, v. 29, p. 28-35, 2003.

CAMELIER, A. et al. Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. J Bras Pneumol, v. 32, p. 114–122, 2006.

CAMPOS, H. S.; LEMOS, A. C. M. A asma e a DPOC na visão do pneumologista. J Bras Pneumol, v. 35, n. 4, p. 301-309, 2009.

CARVALHO, N. S. et al. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. J Bras Pneumol, v. 33, n. 1, p. 1-6, 2007.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 60-73.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 74-82.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF- 36). Rev Bras Reumatol, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. Rev Bras Reumatol, v. 43, n. 2, p. 9-13, 2003.

CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. Qual Life Res, v. 20, p. 1123–1129, 2011.

CUMMINS, R. A. Objective and subjective quality of life. Social Indicators Research, v. 52, p. 55–72, 2000.

CURTIS, J. R. et al. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease, what are they, how do they help us, and where do we go from here? Am. J. Respir. Crit. Care Med, v. 156, n. 4, p. 1032-1039, out. 1997.

DATASUS: banco de dados. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c04.def>>. Acesso em: 05 dez. 2012. Fiz até aqui.

DELHEY, J. et al. Quality of life in a European perspective: the Euromodule as new instrument for comparative welfare research. Social Indicators Research, v. 58, p. 163–176, 2002.

DIENER, E. Subjective well-being. American Psychologist, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DOURADO, V. Z. et al. Influência de características gerais na qualidade de vida pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol, v. 30, n. 3, p. 207-214, 2004.

DOURADO, V. Z. et al. Fatores associados à diferença clinicamente significativa da qualidade de vida relacionada à saúde após condicionamento físico em pacientes com DPOC. J Bras Pneumol, v. 35, n. 9, p. 846-853, 2009.

ENGSTROM, C. P. et al. Health-related quality of life in copd: why both disease-specific and generic measures should be used. Eur Respir J, v. 18, p. 69-76, 2001.

FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. Quality of life: the differential conditions. Psychology in Spain, v. 2, n. 1, p. 57-65, 1998.

FERRER, M. et al. Validity and reability of the St George´s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. Eur Respir J, v. 9, p. 1160-1166, 1996.

FIGUEIREDO, V. D. M.; GUIDUGLI, O. S. População e qualidade de vida urbana em Santa Maria (RS): estudo de caso bairro Urlândia. In: GERARDI, L. H. O. Ambientes: estudos de Geografia. Rio Claro: Programa de Pós-Graduação em Geografia – UNESP, 2003, p. 89-103.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev. Saúde Pública, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. O instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FLECK, M. P. A., CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev Saúde Pública, v. 37, n. 6, p. 793- 799, 2003.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública, v. 25, n. 2, p. 75-82, 1991.

GOLD – BRASIL. Estratégia global para o diagnóstico, a conduta e a prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. 2006.

GODOY, R. F. et al. Repercussões tardias de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e desempenho físico em portadores de DPOC. J Bras Pneumol, v. 35, n. 2, p. 129-136, 2009.

GUIMARÃES, R. B. et al. Circuitos da exclusão social e da pobreza urbana em Álvares Machado e Rancharia. Relatório final do Projeto Políticas Públicas CEMESP/UNESP/FAPESP, 129p, Presidente Prudente, 2009.

GUIMARÃES, J. R. S.; JANNUZZI, P. M. IDH, indicadores sintéticos e suas aplicações em políticas públicas: uma análise crítica. R. B. Estudos Urbanos e Regionais, v. 7, n. 1, mai, 2005.

GUYATT, G. H. et al. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. Thorax, v. 42, p. 773-778, mar. 1987.

HAIRO, T. et al. A comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with COPD. J Respir Crit Care Med, v. 157, p. 785-790, 1998.

HAIRO, T. et al. A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the health-related quality of life of patients with COPD. Chest, v. 116, n. 6, p. 1632-1637, 1999.

HERCULANO, S. C. A QUALIDADE DE VIDA E SEUS INDICADORES. In: Herculano, S. C. et al. Qualidade de Vida e Riscos Ambientais. Niterói: Eduff, 2000.

HERNANDES, N. A. et al. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. J Bras Pneumol, v. 35, n. 10, p. 949-956, 2009.

HU, J.; MEEK, P. Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Heart and Lung, v. 34, p. 415-422, 2005.

HUNT, S. M. The problem of quality of life. Quality of life research, v. 6, p. 205-212, 1997.

HURD, S. The impact of COPD on Lung Health Worldwide. Chest, v. 117, p. 1-4, 2000.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Quality of Life Research, v.13, p. 125–136, 2004.

JANUZZI, P. M. Indicadores sociais no Brasil – conceitos, fontes de dados e aplicações. Campinas: Alínea, 2001. 160p.

JARDIM, J. R.; NASCIMENTO, O. Respiratory health in Brazil. Chron Respir Dis, v. 4, n. 1, p. 45-49, 2007.

JOHANSSON, S. Conceptualising and measuring quality of life for national policy. Social Indicators Research, v. 58, p. 13-32, 2002.

JONES, P. W.; QUIRK, F. H.; BAVEYSTOCK, C. M. The St George Respiratory Questionnaire. Respir Med, v. 85, p. 25-31, 1991.

KAMP, I. et al. Urban environmental quality and human well-being. Towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study. Landscape and Urban Planning, v. 65, p. 5-18, 2003.

KARRUZ, A. P.; KEINERT, R. C.; KEINERT, T. M. M. O processo de construção do Observatório de Qualidade de Vida de Santo André. In: KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P. Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias. São Paulo: Annablume, 2002.

KAWAKAMI, L. et al. Avaliação dos fatores de co-morbidade e sua relação com a qualidade de vida em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Rev Bras Fisioter, v. 9, n. 2, p. 145-150, 2005.

KEINERT, T. M. M.; KEINERT, R. C.; FEFFERMANN, M. In: VITTE, C. C. S.; KEINERT, T. M. M. Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 227-264.

KETELAARS, C. A. J. et al. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax, v. 51, p. 39-43, 1996.

KOGA, D. Territórios entre pobreza e exclusão social. In:_____. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011. p. 33- 88.

KUNIKOSHITA, L. N., et al. Effects of three respiratory physical therapy programs on patients with COPD. Rev Bras Fisioter, v. 10, n. 4, p. 449-455, 2006.

LERCHER, P. Which health outcomes should be measured in health related environmental quality of life studies? Landscape and Urban Planning, v. 65, p. 63-72, 2003.

LEVA, G. Indicadores de calidad de vida urbana. Buenos Aires: Habitat Metrópolis, 2005. 101p.

LIANG, W. M. et al. An empirical comparison of the WHOQOL-BREF and the SGRQ among patients with COPD. Qual Life Res, v. 17, n. 5, p. 793-800, 2008.

MAHLER, D. A.; MACKOWIAK, J. I. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD Chest, v. 107, n. 6, p. 1585-1589, 1995.

MAHLER, D. A. How should health-related quality of life be assessed in patients with COPD? Chest, v. 117, p. 54S-57S, 2000.

MANGUEIRA, N. M. et al. Correlação entre parâmetros clínicos e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com DPOC. J Bras Pneumol, v. 35, n. 3, p. 248-255, 2009.

MARANS, R. W. Understanding environmental quality through quality of life studies: the 2001 DAS and its use of subjective and objective indicators. Landscape and Urban Planning, v. 65, p. 73–83, 2003.

McKENNA, S. P.; DOWARD, L. C. The Needs-Based Approach to Quality of Life Assessment. Value in health, v. 7, p. S1-S3, 2004.

MELAZZO, E. S. et al. Atlas de Inclusão/Exclusão Social de Presidente Prudente. Presidente Prudente: FAPESP/UNESP, 2003. CD-ROM.

MELAZZO, E. S.; GUIMARÃES, R. B. Ponto de partida: a desigualdade social e a definição da política urbana. In: _____ Exclusão social em cidades brasileiras. Um desafio para as políticas públicas. São Paulo: Editora UNESP, 2010, p. 11-31.

MENEZES, A. M. et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. The Lancet, v. 366, p. 1875–1881, 2005.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 19, p. 7-18, 2000.

MIRAVITLES, M. et al. Effect of exacerbations on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a 2 year follow up study. Thorax, v. 59, p. 387-395, 2004.

MONSÓ, E. Quality of life in severe COPD: correlation with lung and muscle function. Respir Med, v. 92, n. 2, p. 221-227, 1998.

MORGAN, M. D. L. et al. The relationship between physical activity and quality of life in chronic lung disease. Eur Respir Rev, v. 42, n. 7, p. 57-59, 1997.

NAHAS, M. I. P. In: VITTE, C. C. S.; KEINERT, T. M. M. Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 123-154.

NASCIMENTO, O. A et al. Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in São Paulo (Brazil): results of the PLATINO study. Braz J Med Biol Res, v. 40, n. 7, p. 887-895, 2007.

OLESON, M. Subjectively Perceived Quality of Life. Journal of Nursing Scholarship, v. 22, n. 3, 1990.

PACIONE, M. Introduction on urban environmental quality and human wellbeing. Landscape and Urban Planning, v. 65, p. 1-3, 2003.

PACIONE, M. Urban environmental quality and human wellbeing – a social geographical perspective. Landscape and Urban Planning, v. 65, p.19-30, 2003.

PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: Revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Cad. Saúde Pública, vol. 18, n. 5, p. 1411-1421, set/out. 2002.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida em idosos: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 263 p. Dissertação de mestrado em Medicina – Faculdade de Medicina – USP, São Paulo/SP, 2000.

PAULIN, E.; BRUNETTO, A. F.; CARVALHO, C. R. F. Effects of a physical exercises program designed to increase thoracic mobility in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Pneumol, v. 29, n. 5, p. 287-294, 2003.

PEREIRA, E. D. et al. Influence of respiratory function parameters on the quality of life of COPD patients. J Bras Pneumol, v. 35, p. 730-736, 2009.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.

PINTO, T. C. Território(s) e Qualidade de Vida: representações sobre um conceito. In: VI Congresso Português de Sociologia, 2008, Lisboa. Anais eletrônicos... Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008. Disponível em: www.aps.pt/vicongresso/pdfs/27.pdf.

PITTA, F. et al. Potential consequences for stable chronic obstructive pulmonary disease patients who do not get the recommended minimum daily amount of physical activity. J Bras Pneumol, v. 32, p. 301-308, 2006.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação de qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 48-59.

QUIRK, F. H.; JONES, P. W. Repeatability of two new short airways questionnaires. Thorax, v. 49, p. 1075-1079, 1994.

RAMOS, M. C. Sintomas respiratórios na população da cidade de Ribeirão Preto, SP (BRASIL). Rev Saúde Pública, n. 17, p. 41-52, 1983.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. J Pneumol, v. 26, n. 4, 2000.

RELATÓRIO SBPT. Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_DPOC/Relatorio_final_DPOCSau_de_Publica_2012_SBPT.pdf Acesso em: 10 dez 2012.

ROCETO, L. S. et al. Eficácia da reabilitação pulmonar uma vez na semana em portadores de doença pulmonar obstrutiva. Rev Bras Fisioter, v. 11, n. 6, p. 475-480, 2007.

ROGERSON, R. R. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Soc Sci Med, v. 41, n. 10, p. 1373-1382, 1995.

SANTOS, R.; LEAL, A. C. Análise da qualidade de vida na estância turística de Presidente Epitácio – São Paulo. Revista Formação Online, v. 2, n. 18, p. 3-28, jul./dez., 2011.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud pública de México, vol. 45, p. 140-152, 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet – saúde no Brasil, p. 61-74, 2011.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería, v. 9, n. 2, p. 9-21, 2003.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública, vol. 20, n. 2, Mar-Abr. 2004.

SILVA, M. S. et al. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Rev Esc Enf USP, v. 43, n. 2, p. 1187-1192, 2009.

SKEVINGTON, S. M. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. Soc Psychiat Epidemiol, v. 45, p. 999–1009, 2010.

SKEVINGTON, S. M.; O'CONNELL, K. A. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. Quality of Life Research, v. 13, p. 23–34, 2004.

SMITH, A. E. Quality of life: a review. Education and ageing, v. 15, p. 419-435, 2000.

SOUSA, T. C.; JARDIM, J. R.; JONES, P. W. Validação do questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J Pneumol, v. 26, n. 3, p.119-128, mai-jun. 2000.

SPOSATI, A. O Mapa de Exclusão/inclusão Social no Município de São Paulo. São Paulo: Educ, 1996. p.

SPRANGERS, M. A. G. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? Journal of Clinical Epidemiology, v. 53, p. 895–907, 2000.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 905-914, jul-ago, 2004.

TU, S-P et al. A new self-administered questionnaire to monitor health-related quality of life in patients with COPD. Chest, v. 112, p. 614-622, 1997.

UCHÔA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M. F. S. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 3, p. 115–128, 2002.

VEENHOVEN, R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. Journal of Happiness Studies, v. 1, p. 1-39, 2000.

_____. Why social policy needs subjective indicators. Social Indicators Research, v. 58, p. 33-45, 2002

VITTE, C. C. S. Planejamento urbano, sustentabilidade urbana e qualidade de vida: considerações sobre o significado de cidade e de cidadania no início do século XXI. In: KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P. Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias. São Paulo: ANNABLUME, 2002. p.---

VITTE, C. C. S. et al. Novas abordagens de desenvolvimento e sua inserção na gestão de cidades. In: KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P. Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias. São Paulo: Annablume, 2002, p. ---

VITTE, A. C. Modernidade, território e sustentabilidade: refletindo sobre qualidade de vida. In: VITTE, C. C. S.; KEINERT, T. M. M. Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 111-122.

VITTE, C. C. S. A qualidade de vida urbana e sua dimensão subjetiva: uma construção ao debate sobre políticas públicas e sobre a cidade. In: VITTE, C. C. S.; KEINERT, T. M. M. Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 89-110.

WARE, J. E. Standards for validating health measures: definition and content. J Chron Dis, v. 40, n. 6, p. 473-480, 1987.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA, v. 273, n. 1, p. 59-65, jan. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global burden of disease: 2004 update, Genebra: WHO Press, 2008. 146p.

YAKSIC, M.S. et al. Profile of a Brazilian population with severe chronic obstructive pulmonary disease. J Pneumol, v.29, n.2, p.64-68, 2003.

ZANCHET, R. C.; VIEGAS, C. A. A.; LIMA, T. A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. J Bras Pneumol, v. 31, p. 118-24, 2005.

ANEXO A

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

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

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

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

	Quão satisfeito (a) você está com:	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Seu sono?	1	2	3	4	5
17	Sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Você mesmo?	1	2	3	4	5
20	Suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos)?	1	2	3	4	5
21	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	O apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	As condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	O seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B

Questionário do Hospital St. George nas Doenças Respiratórias (SGRQ)

Este questionário nos ajuda a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afeta a sua vida.

Nós o utilizamos para descobrir quais os aspectos da sua doença que causam mais problemas.

Estamos interessados em saber o que você sente e não o que os médicos, enfermeiras e fisioterapeutas acham que você sente.

Leia atentamente as instruções.

Esclareça as dúvidas que tiver.

Não perca muito tempo nas suas respostas.

Parte 1

◆ Nas perguntas abaixo, assinale aquela que melhor identifica seus problemas respiratórios nos últimos 3 meses.

◆ **Obs.:** Assinale um só quadrado para as questões de 01 a 08 :

	maioria dos dias da semana (5-7 dias)	vários dias na semana (2-4 dias)	alguns dias no mês	só com infecções respiratórias	nunca
1) Durante os últimos 3 meses tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Durante os últimos 3 meses tive catarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Durante os últimos 3 meses tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Durante os últimos 3 meses tive "chiado no peito"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Durante os últimos 3 meses, quantas vezes você teve crises graves de problemas respiratórios:

mais de 3	3	2	1	nenhuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Quanto tempo durou a pior dessas crises ?
(*passa para a pergunta 7 se não teve crises graves*)

1 semana ou mais	3 ou mais dias	1 ou 2 dias	menos de 1 dia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Durante os últimos 3 meses, em uma semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) você teve:

nenhum dia	1 ou 2 dias	3 ou 4 dias	quase todos os dias	todos os dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Se você tem "chiado no peito", ele é pior de manhã?

Não	Sim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Parte 2**

◆ **Seção 1**

A) Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

é o meu maior problema	me causa muitos problemas	me causa alguns problemas	não me causa nenhum problema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Se você já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados:
(*passa para a Seção 2, se você não trabalha*)

minha doença respiratória me obrigou a parar de trabalhar	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória não afeta (ou não afetou) o meu trabalho	<input type="checkbox"/>

◆ **Seção 2**

As perguntas abaixo referem-se às atividades que normalmente têm provocado falta de ar em você nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomando banho ou vestindo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminhando dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
caminhando em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subindo um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
subindo ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praticando esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ **Seção 3**

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e a sua falta de ar nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
minha tosse me causa dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha tosse me deixa cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho falta de ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho falta de ar quando dobro o corpo para frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha tosse ou falta de ar perturba meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fico exausto/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Seção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória nos últimos dias. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
minha tosse ou falta de ar, me deixam envergonhado/a em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha doença respiratória é inconveniente para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinto que minha doença respiratória escapa ao meu controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eu não espero nenhuma melhora da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha doença me debilitou fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tudo o que faço, parece ser um esforço muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Seção 5

Perguntas sobre a sua medicação. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, de acordo com o seu caso:

(passe para a Seção 6 se não toma medicamentos)

	Sim	Não
minha medicação não está me ajudando muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fico envergonhado/a ao tomar medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha medicação me provoca efeitos colaterais desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minha medicação interfere muito com o meu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ Seção 6

As perguntas seguintes se referem às atividades que podem ser afetadas pela sua doença respiratória. Assinale com um “x” no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* se pelo menos uma parte da frase corresponde ao seu caso; se não, assinale *Não*.

	Sim	Não
levo muito tempo para me lavar ou me vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demoro muito tempo ou não consigo tomar banho de chuveiro ou na banheira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ando mais devagar que as outras pessoas, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho da casa, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quando subo um lance de escada, vou muito devagar, ou tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho que parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldade para fazer atividades como: subir ladeiras, carregar objetos subindo escadas, dançar, praticar esporte leve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldades para fazer atividades como: carregar grandes pesos, fazer “cooper”, andar muito rápido ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
por causa da minha respiração, tenho dificuldade para fazer atividades como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar rápido ou praticar esportes de competição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆ **Seção 7**

A) Assinale com um "x" no quadrado de cada pergunta abaixo, indicando a resposta *Sim* ou *Não*, para indicar outras atividades que geralmente podem ser afetadas pela sua doença respiratória no seu dia a dia:

(não se esqueça que *Sim* só se aplica ao seu caso quando você não puder fazer essa atividade devido aos seus problemas respiratórios).

	Sim	Não
- praticar esportes ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) A lista seguinte descreve uma série de outras atividades que o seu problema respiratório pode impedir você de realizar (pretendemos apenas lembrá-lo das atividades que podem ser afetadas pela falta de ar).

- passear a pé ou passear com o seu cachorro
- fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- ter relações sexuais
- ir à igreja, bar ou a locais de diversão
- sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumaça de cigarro
- visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Por favor, escreva qualquer outra atividade importante que seu problema respiratório pode impedir você de fazer:

C) Assinale com um "x" somente a resposta que melhor define a forma como você é afetado pela sua doença respiratória:

não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
me impede de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
me impede de fazer a maioria das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
me impede de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>

Obrigado por responder o questionário. Antes de terminar verifique se você respondeu a todas as perguntas.

APÊNDICE A
Questionário de Condição de Vida

Nome: _____

Endereço: _____

Estado Civil: Casado () Solteiro() Separado() Viúvo()

Pessoas que moram no domicílio: _____ **Renda familiar:** R\$ _____

Anos completos de estudo:

Zero anos ();

Ensino Fundamental: 1 ano(); 2 anos(); 3 anos(); 4 anos(); 5 anos();

6 anos(); 7 anos(); 8 anos();

Ensino Médio: 9 anos(); 10 anos(); 11 anos();

Curso Técnico: incompleto() _____ anos; completo() _____ anos;

Curso Superior: incompleto() _____ anos; completo() _____ anos.

Profissão atual: _____

Profissão anterior: _____

Situação profissional:

aposentado e não trabalha(); aposentado e trabalha();

trabalha com rendimento(); trabalho temporário(); desempregado();

não trabalha(); trabalho ocasional(); encostado(); trabalha sem rendimento().

Recebe algum tipo de benefício? não();

auxílio gás(); benefício de prestação continuada(); bolsa família();

renda cidadã(); vale vovô(); outros() _____

Situação do domicílio

número de cômodos: _____

número de cômodos que serve apenas como quarto de dormir: _____

número de banheiros: _____

alvenaria(); madeira(); outro() _____

tipo de telha: barro(); fibrocimento(); outro() _____

forro: não(); sim(); Tipo: _____

Quais os meios de transporte que utiliza com mais frequência para:

- as atividades pessoais (compras, lazer, visitas, atividades religiosas):

a pé(); carro próprio(); ônibus de linha(); táxi(); carona();

outros() _____

- ir a um serviço de saúde:

a pé(); carro próprio(); ônibus de linha(); táxi(); carona();

transporte público(); outros() _____

- ir ao trabalho:

a pé(); carro próprio(); ônibus de linha(); táxi(); lotação(); carona();

outros() _____

Quais as atividades pessoais (religiosas, sociais, de lazer e cultura) você realiza com mais frequência? _____

Quais os locais onde desenvolve tais atividades: _____

Qual a natureza dos serviços de saúde que você usa:

- Particular: consultas(); exames(); medicamentos(); internação();

- Público: consultas(); exames(); medicamentos(); internação();

Tem convênio, plano ou seguro de saúde? sim(); não();

Para os problemas de saúde quais os locais mais frequentados: _____

APÊNDICE B
Questionário Clínico

Nome: _____

Sexo: feminino(); masculino();

Idade: _____ anos; **Peso:** _____ Kg; **Altura:** _____ metros

Fumante: não(); sim(); ex-fumante();

idade de início _____; idade de término _____; tempo de tabagismo _____;

tipo de cigarro: de papel(); de palha(); charuto(); outro(); Cigarros/dia _____

Início dos sintomas da DPOC: _____ anos

Quais fatores ambientais que mais frequentemente pioram sua doença respiratória? nenhum(); não sabe();

infecção respiratória(); poluição do ar(); tabagismo();

clima() Que tipo? _____ outros() _____

Medicamentos em uso (nome, tipo, dose, frequência, tempo de uso)

Doenças/problemas associados diagnosticados:

Cardiovasculares: Hipertensão Arterial(); Doença coronariana(); AVC();

Insuficiência Cardíaca(); Valvopatia(); Arritmia(); Outras() _____

Respiratórias: Asma(); Bronquiectasia(); Tuberculose(); Outras () _____

Metabólicas: Diabetes(); Obesidade(); Desnutrição(); Outras() _____

Mentais: () Qual? _____

Osteomusculares: Artrose(); Artrite(); Qual articulação? _____

Dorsopatia(); Dorsalgia(); Região: _____

Neoplasias(); Órgão/Sistema: _____

Outras: _____

Estabilidade clínica

- por causa da DPOC no último mês necessitou:

ir à consulta médica inesperada(); ir ao pronto-socorro(); ser hospitalizado();

não necessitou atendimento();

- Nos últimos dias:

A falta de ar: aumentou(); esteve inalterada(); diminuiu(); não sentiu();

A tosse: piorou(); esteve inalterada(); melhorou(); não teve();

A secreção: aumentou(); esteve inalterada(); diminuiu(); não teve();

A cor da secreção alterou? não(); sim()_____

Está tomando alguma medicação diferente da habitual nos últimos dias? não();

sim() Qual: _____

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE À PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Este é um estudo sobre como é que as pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) acham que está a sua vida e até que ponto essa doença pulmonar interfere com sua vida. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a três questionários (dois de qualidade de vida e um clínico e de condições de vida) onde serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com os amigos e familiares, seu meio ambiente, sobre aspectos de sua doença em particular e aspectos de sua condição de vida (renda, educação, local onde você vive, por exemplo). Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) serão sigilosas e não serão divulgadas de maneira a identificá-lo e ninguém, além do pesquisador, terá acesso aos nomes dos entrevistados nesta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas o que ajudará, principalmente, na avaliação da qualidade de vida destas pessoas.

A sua participação é voluntária e você terá liberdade para retirar seu consentimento, desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (resolução 196/96,IV.1,f). De toda forma, o pesquisador, responsável por este trabalho, estará à disposição para quaisquer esclarecimentos e informações adicionais. Este termo de consentimento livre e esclarecido será elaborado em duas vias e uma delas ficará com você e outra será arquivada pelo pesquisador.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem os Critérios da Ética nas Pesquisas com Seres Humanos conforme resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Se, neste caso, aceitar participar da pesquisa, preencha os dados a seguir:

Eu, _____, residente à
rua _____ nº _____ bairro _____, após
compreender as informações aqui descritas, afirmo meu consentimento de forma

livre e esclarecida para participar da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida na cidade de Presidente Prudente – SP: o impacto da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em pessoas residentes em áreas de exclusão e inclusão social”.

Presidente Prudente _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) entrevistado(a) ou responsável: _____

Assinatura do entrevistador _____

Responsável pela pesquisa: Prof. Renilton José Pizzol

Departamento de Fisioterapia – Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNESP

Telefone para contato: (18) 3229-5365 – Departamento de Fisioterapia