**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DÉBORA GOMES BARROS

**POTENCIALIDADES DO “WHOQOL-BREF” PARA A
IDENTIFICAÇÃO DAS ESFERAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
OPINIÃO DE ESPECIALISTAS**

**SÃO PAULO
2011**

DÉBORA GOMES BARROS

**POTENCIALIDADES DO “WHOQOL-BREF” PARA A
IDENTIFICAÇÃO DAS ESFERAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
OPINIÃO DE ESPECIALISTAS**

**Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências, na área de
concentração Cuidado em
Saúde**

**Orientadora:
Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa**

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Barros, Débora Gomes

Potencialidades do “WHOQOL-BREF” para a identificação das esferas de promoção da saúde: opinião de especialistas / Débora Gomes Barros. -- São Paulo, 2011.

102 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa

1. Promoção da saúde 2. Qualidade de vida 3. Pesquisa em saúde I. Título.

Nome: Débora Gomes Barros

Título: Potencialidades do “WHOQOL-bref” para a identificação das esferas de promoção da saúde: opinião de especialistas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de concentração Cuidado em Saúde

Aprovado em: __/__/__.

Banca Examinadora

Prof.Dr._____. Instituição:_____.

Julgamento:_____. Assinatura:_____.

Prof.Dr._____. Instituição:_____.

Julgamento:_____. Assinatura:_____.

Prof.Dr._____. Instituição:_____.

Julgamento:_____. Assinatura:_____.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Luiz Roberto e Maria de Lourdes**, por terem me dado a vida e por jamais medirem esforços para tornar meus sonhos em realidade... São para mim fonte de amor e meu porto seguro...*

*Ao meu noivo **Thomaz Terra**, pela compreensão durante minha caminhada, pelo apoio e amor...*

AGRADECIMENTOS

À profª Drª Anna Maria Chiesa, por sua paciência, visão e amizade demonstrada ao longo de toda minha vida acadêmica e na execução deste trabalho, além de sua enorme contribuição para a construção do meu conhecimento,

À profª Drª Lislaine Fracolli, por suas valiosas contribuições;

À Drª Ana Maria Cavalcanti que oportunizou a utilização do instrumento de coleta de dados;

Ao grupo de pesquisadores que aceitaram colaborar com meu estudo;

Às professoras Drª Elma Zoboli e Drª Cláudia Bógus, por suas enormes contribuições no Exame de Qualificação;

Aos meus amigos Ana, Maiky, Tassiana e Ariane que se tornaram minha família e minha fonte de apoio durante a vida acadêmica e tenho certeza que por toda a minha vida;

À minha irmã Larissa, por sua compreensão e paciência, principalmente na finalização deste trabalho;

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisas Modelos Tecno-Assistenciais e a Promoção da Saúde e do curso de pós-graduação, que cresceram e amadureceram assim como eu nesta caminhada por descobertas no campo da Promoção da Saúde;

À enfermeira e amiga Ângela Soares, por ter auxiliado na revisão do trabalho e me tranquilizado nos momentos críticos;

À equipe de enfermagem do Posto Assistencial 11B do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em especial à Enf^a Adriana Abdala, por me ensinar o que é ser enfermeira; por sua compreensão, amizade, conselhos e apoio sempre prestados a mim com o acolhimento de uma mãe...

"Não preciso de modelos. Não preciso de heróis. Eu tenho meus
amigos."
Renato Russo

Barros DG. Potencialidades do “WHOQOL-bref” para a identificação das esferas de Promoção da Saúde: opinião de especialistas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

No Brasil, desde a constituição do SUS, a Promoção da Saúde encontra-se dentre suas tarefas, compondo a linha de cuidado integral dos sujeitos. No entanto, ainda há o despreparo dos profissionais para captar e trabalhar com as dimensões subjetivas. Dessa forma, surge a necessidade de instrumentos que permitam indicar as ações de promoção da saúde para a prática de uma clínica com olhar mais ampliado. Neste trabalho optou-se como base teórica a perspectiva de Promoção da Saúde de Labonte, pois articula a abordagem biomédica e comportamental das ações em saúde e agrega à perspectiva sócio-ambiental e emocional intrínseca ao processo saúde doença. Teve como objetivo verificar e descrever os limites e possibilidades do “WHOQOL-bref” para identificar as dimensões de “saúde e bem estar” proposta por Labonte. Como metodologia, utilizou-se a técnica Delphi, que consiste em consultar um grupo de especialistas em determinado assunto, por meio de um questionário repassado entre todos os respondentes. Para selecionar os especialistas foram consultados os bancos on-line de teses e dissertações da USP e Unicamp, sendo procurados trabalhos com o descritor “WHOQOL” e “promoção da saúde”, dos últimos três anos. A partir da leitura do resumo destes trabalhos foram escolhidos os especialistas cujas temáticas tivessem uma proximidade com o foco deste estudo. Portanto, para o tema “promoção da saúde” foram escolhidos 14 pesquisadores e para o tema “qualidade de vida” foram 18. Aceitaram participar da pesquisa 7 pesquisadores da área de “qualidade de vida” e 9 da área de “promoção da saúde”. Para cada questão do “WHOQOL-bref”, excluindo-se a primeira e a segunda, foi perguntado se as mesmas relacionavam-se com um ou mais dimensões de “saúde e bem estar” de Labonte: “Energia Vital”, “Projeto de Vida” e “Vida Comunitária”. Cada participante recebeu um e-mail que continha uma carta explicitando sobre a pesquisa bem como as dimensões de Labonte para uma possível associação com as questões que se encontravam no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>, como pesquisa Delphi. Após a coleta dos dados, para cada questão do “WHOQOL-bref” foi aplicado o índice de equivalência em cada dimensão de Labonte. Considerou-se consenso, a dimensão que obteve equivalência maior ou igual a 80% na questão, em ambos os grupos pesquisados. Foram trabalhadas em nova rodada as questões cujas equivalências estivessem entre 25% e 80%, nos dois grupos pesquisados. Portanto, foram necessárias duas rodadas de perguntas para que se chegasse ao resultado. O instrumento “WHOQOL-bref” demonstrou-se como uma opção de ferramenta auxiliar para captação das dimensões de Promoção da Saúde, pois 83,3% das questões deste teve relação com as dimensões de Saúde e Bem Estar de Labonte. Demonstrou-se maior relação com os domínios Energia Vital e Vida Comunitária (42,10% ambos) e menor relação com o domínio Projeto de Vida (15,8%). Evidenciou-se a necessidade de mais estudos que aprimorem o uso do mesmo na prática clínica, contemplando a ampliação da visão do profissional de saúde para questões referentes à Promoção da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Qualidade de Vida. Pesquisa em Saúde.

Barros DG. Potential of the "WHOQOL-bref" to identify the areas of Health Promotion: opinions of experts [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2011.

ABSTRACT

In Brazil, since the inception of the Brazilian National Health Care System (SUS), Health Promotion has been a priority among its tasks, composing a line of integrated care for individuals. However, there is still the lack of training for professionals to capture and work with the subjective dimensions. Thus, the need arises for instruments to indicate the actions of health promotion in clinical practice with a broader vision. This work was chosen as the theoretical basis of the perspective of Health Promotion of Labonte, articulates the approach for biomedical and behavioral health interventions and adds that environmental and socio-emotional, is intrinsic to the disease process. This study aimed to verify and describe the limits and possibilities of the "WHOQOL-bref" to identify the dimensions of "health and wellness" proposed by Labonte. For methodology, the Delphi technique was used, and consisted of consulting a group of subject matter experts through a questionnaire passed among all respondents. On-line banks of theses and dissertations from USP and Unicamp, were consulted to select the experts and to seek works with the descriptor "WHOQOL" and "health promotion", during the last three years. After reading the summary of these works, experts were chosen whose themes had a closeness with the focus of this study. Fourteen researchers were chosen for the theme "health promotion" and eighteen researchers were chosen for the theme "quality of life". Seven researchers agreed to participate in the survey in the area of "quality of life" and nine in the area of "health promotion". For each question of the "WHOQOL-bref", excluding the first and second questions, the researchers were asked whether they were related to one or more areas of "health and welfare" of Labonte: "Vital Energy", "Project Life and Community Life". Each participant received an e-mail that contained a letter explaining the survey and the areas of Labonte, for any possible association with the issues that were on site <http://qlqt.ipdsc.com.br> as the Delphi survey. After collecting the data for each question of the "WHOQOL-bref" an equivalency index was applied to each area of Labonte. A consensus was considered when an area obtained an equivalency higher than 80% in a question in both research groups. A new round of questions was worked in areas that were higher than 25% and less than 80% in both research groups. Therefore, it took two rounds of questions to achieve the result. The instrument "WHOQOL-bref" was perceived as an auxiliary tool of choice for capturing the dimensions of health promotion, for 83.3% of the questions that had to do with the dimensions of Health and Welfare of Labonte. It also had a higher relation in the areas of Vital Energy and Community Life (42.10% both) and lower relation in the area Life Project (15.8%). This study demonstrated the need for more studies to prove and improve the relationship of the instrument within the areas of health and well being of Labonte as well as its use in clinical practice contemplating broadening the vision of the health professional for issues related to the Promotion of Health.

KEY WORDS: Health Promotion. Quality of Life. Health Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 - Dimensões de Saúde e Bem-Estar apresentadas por LABONTE, adaptadas de Blaxter.....	28
Figura 2 - Resultados segundo os domínios da holosfera de Labonte, 2008.....	35
Figura 3 - Origem do quadro de especialistas.....	52

Quadros

Quadro 1 - Domínios e facetas do “WHOQOL-bref”, extraído de Fleck, 2000.....	31
Quadro 2 - Equivalências e consensos da relação das questões do “WHOQOL-bref” com as dimensões de Labonte na primeira rodada Delphi, entre pesquisadores de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.....	55
Quadro 3: Quadro síntese das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde na primeira rodada.....	58
Quadro 4: Índices de equivalências e consensos da relação das questões do “WHOQOL-bref” com as dimensões de Labonte na segunda rodada Delphi, entre pesquisadores de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.....	60
Quadro 5: Quadro síntese das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde na segunda rodada.....	63
Quadro 6: Quadro síntese final das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde.....	64

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. A Promoção da Saúde: histórico e conceitos.....	14
1.2. Promoção da Saúde no Brasil: histórico e conceitos.....	19
1.3. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.....	22
1.4. As “Dimensões de Saúde e Bem Estar” de Labonte.....	27
1.5. Qualidade de vida e sua incorporação na saúde: O instrumento “WHOQOL-bref”.....	30
1.6. Qualidade de Vida e Saúde: a proposta do SUS.....	37
1.6.1. A Clínica ampliada como uma reorientação do serviço.....	39
2. PROBLEMA DE PESQUISA.....	41
3. OBJETIVOS.....	43
3.1. Objetivo geral.....	44
3.2. Objetivos específicos.....	44
3.3. Contribuições do estudo.....	45
4. METODOLOGIA.....	46
4.1. Tipo de pesquisa.....	47
4.2. A técnica Delphi.....	48
4.3. Coleta e sistematização dos dados.....	50
4.4. Seleção dos especialistas.....	50
4.3.1. População pesquisada.....	51
5. RESULTADOS.....	53
5.1. Primeira rodada.....	54
5.1.2. Resultados da primeira rodada segundo as dimensões da Promoção da Saúde.....	58
5.2. Segunda rodada.....	59
5.2.1. Resultados da segunda rodada de acordo as dimensões da Promoção da Saúde.....	63

5.3. Resultado final: questões do WHOQOL-bref e seu consenso com as dimensões de saúde e bem estar de Labonte.....	64
6. DISCUSSÃO.....	66
6.1. O “WHOQOL-bref” e as dimensões de Promoção da Saúde de Labonte.....	67
6.2. Contribuições para o campo da Promoção da Saúde.....	73
6.3. Contribuição para a construção da clínica ampliada.....	74
6.4. Limitações da pesquisa.....	75
7. CONCLUSÃO.....	76
8. REFERÊNCIAS.....	79
9. APÊNDICES.....	86
10. ANEXOS.....	95

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE: HISTÓRICO E CONCEITOS

O termo “Promoção da Saúde” foi primeiramente utilizado no início do século XX por Henry Sigerist para caracterizar um nível de atenção na medicina preventiva. Tendo como marco, em 1965, os estudos de Leavell e Clark, que utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção, sendo que a promoção da saúde estaria no nível da prevenção primária, ou seja, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese e consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente (Buss, 2003; Carvalho, 2004; Westphal, 2006; Westphal, 2007).

Ao longo do tempo, o termo “Promoção da Saúde” passou por mudanças de significado, surgindo como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (Buss, 2003).

O conceito moderno de “Promoção da Saúde” foi utilizado pela primeira vez por Lalonde, colaborador do ministro canadense, em 1974, em um documento denominado *Informe Lalonde*, que questionava os investimentos realizados pelos governos anteriores na melhoria dos indicadores de saúde. O mesmo apoiava-se no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, pelos resultados pouco representativos que tal abordagem apresentava (Buss, 2000).

Segundo Carvalho (2004, p. 670), “o Informe Lalonde preconiza que as ações em saúde devem ter como objetivos adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos, ou seja, garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos”.

Os fundamentos do Informe Lalonde encontram-se no conceito de campo da saúde, que reúne os chamados *determinantes da saúde*. Esse conceito contempla a decomposição da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde (Buss, 2000, p. 167, grifo do autor).

O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças. A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida) (Buss, 2000; Carvalho, 2004; Oliveira, 2005; Westphal, 2006).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, teve início a Promoção da Saúde como a “nova saúde pública”, na qual há a definição do marco teórico que focaliza o processo saúde e doença, sua causalidade e as práticas decorrentes, no eixo da história social, econômica, política e cultural (Westphal, 2007). O lema de Alma-Ata foi “saúde para todos no ano 2000”, assim reconhece que a saúde é um direito de todos.

As idéias sobre promoção da saúde foram sendo aprofundadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá, surge o primeiro documento como marco conceitual da Promoção da Saúde, a *Carta de Ottawa* (Buss, 2000; Oliveira, 2005; Heidmann et al., 2006).

A **Carta de Ottawa** (1986) define “promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua *qualidade de vida e saúde*, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 1996, p.11, grifo nosso). Este documento assume que a saúde é o

maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (Buss, 2000).

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação dos serviços de saúde (Brasil, 1996).

Segundo a mesma, é necessária a formulação e implementação de *políticas públicas saudáveis*, o que implica na construção da prioridade para a saúde entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis e a responsabilização dos mesmos para a implantação de políticas que visem à saúde. Tal política combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (Brasil, 1996; Buss, 2000).

A *criação de ambientes favoráveis à saúde* implica na proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, tais ambientes passam a compor centralmente a agenda da saúde (Buss, 2000).

O *reforço à ação comunitária* busca “ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde” (Brasil, 1996, p.15).

Isto acarreta o acesso contínuo à informação, às oportunidades de aprendizado para assuntos de saúde, assim como o apoio financeiro adequado (Brasil, 1996; Buss, 2000).

O *desenvolvimento de habilidades pessoais* favoráveis à saúde também se encontra entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é indispensável a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer nos vários espaços comunitários (Buss, 2000).

A *reorientação dos serviços de saúde* visa a superação do modelo biomédico exclusivo, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais cujo foco essencial é a intervenção. Os resultados são transformações profundas na organização e financiamento dos sistemas e serviços de saúde, assim como nas práticas e na formação dos profissionais (Buss, 2000).

Outras importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde aprofundaram as bases conceituais e políticas de Promoção da Saúde. Tais conferências ocorreram em Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) (Buss, 2000).

A **Conferência de Adelaide**, realizada em 1988, elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis que “caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícito de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 1996, p.20, grifo nosso).

Tal conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas de políticas públicas saudáveis que são, respectivamente: o apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis (Brasil, 1996).

A **III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, realizada em **Sundsvall**, em 1991, teve como tema central os ambientes favoráveis à saúde e “conclama a todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes favoráveis à saúde” (Brasil, 1996, p.32, grifo nosso).

“O evento trouxe, com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde, não restrito apenas à dimensão física ou *natural*, mas também enfatizando as dimensões social, econômica, política e cultural” (Buss, 2000, p.171, grifo do autor).

Assim, ao definir ambientes favoráveis à saúde refere-se aos espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão (Brasil, 1996).

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: *a dimensão social* (inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde); *a dimensão política* (requer dos governos a garantia pela participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades); *a dimensão econômica* (requer o reescalonamento de recursos e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta); e *a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade das mulheres em todos os setores* (Brasil, 1996).

A **Conferência de Jacarta**, ocorrida em 1997, foi a atualização da discussão sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária (Buss, 2000).

A Conferência reconheceu que os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes do que centrados em um único campo, e que diversos cenários oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais (Buss, 2000).

A **V Conferência Internacional de Saúde**, realizada na cidade do **México**, em 2000, confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (Heidmann et al., 2006, grifo nosso).

A **VI Conferência Mundial de Promoção da Saúde**, foi realizada na cidade de **Bangkok** (Tailândia), em 2005, e reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento de doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente (Heidmann et al., 2006).

A construção da Promoção da Saúde tem sido retratada por meio de um processo complexo que inclui a necessária discussão de diversos aspectos teóricos e práticos intrínsecos à sua finalidade.

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO E CONCEITOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um produto da Reforma Sanitária brasileira, originada do movimento sanitário, das décadas de 70 e 80, e representa uma das principais conquistas da sociedade brasileira em termos de políticas públicas inclusivas cujo foco é o direito à saúde (Chiesa, 2005; Vasconcelos, Pasche, 2006).

O SUS se institucionalizou com a Constituição de 1988, como reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, que não estava mais dando conta dos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava (Westphal, 2006; Vasconcelos, Pasche, 2006). Sua regulamentação deu-se em 1990 com a Lei 8080 (Vasconcelos, Pasche, 2006; Westphal, 2007).

Estrutura-se nos princípios da universalidade do atendimento, assegurando o direito de cobertura das ações de saúde para a totalidade dos cidadãos; da integralidade de rede de serviços, contemplando a

possibilidade dos usuários acessarem os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde em busca de soluções para os problemas apresentados; da equidade na oferta de ações, reconhecendo as diferentes necessidades da população e definindo as prioridades no acesso às ações e serviços de saúde, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social (Chiesa, 2005; Vasconcelos, Pasche, 2006).

Além dos princípios acima citados, o SUS sustenta-se também em diretrizes organizativas que visam a direcionar o seu funcionamento. Tais diretrizes são: a descentralização política e administrativa dos serviços, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde; a regionalização, com o objetivo de distribuir os recursos assistenciais no território de forma mais equânime; a hierarquização, que ordena os serviços de saúde por níveis de atenção; e a participação social, envolvendo os diferentes segmentos da sociedade na formulação e controle da execução da política pública (Chiesa, 2005; Vasconcelos, Pasche, 2006).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006, p. 532):

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e biotecnológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. .

O SUS é um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção e de prevenção com as de cura e reabilitação (Vasconcelos e Pasche, 2006).

Contudo, somente em 2006, as reflexões brasileiras dirigiram-se à perspectiva de elaborar uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de forma a fortalecer uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença sob a Portaria GM/MS nº 687 (Brasil, 2006).

A PNPS tem como objetivo trabalhar pela melhoria da qualidade de vida da população a partir do SUS, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais) (Brasil, 2006).

E, seguindo os marcos presentes no Movimento da Reforma Sanitária, afirma que, para alcançar seu objetivo, é necessário que sejam fortalecidas no SUS as tecnologias capazes de minimizar/extinguir as desigualdades e favorecer a ampliação de autonomia e co-responsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) entende que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (Brasil, 2006).

Segundo documento da PNPS:

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde e a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (Brasil, 2006, p. 13).

A Promoção da Saúde encontra-se entre as tarefas do SUS, compondo a linha de cuidado integral de sujeitos e população.

A Promoção da Saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciados na concretização da saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada e apontam para a intersetorialidade.

Segundo a PNPS, a *Integralidade* deve ocorrer tanto no nível individual que contemple as dimensões física, emocional e espiritual quanto nos serviços, a partir da garantia do acesso e do acolhimento das pessoas nos três níveis de atenção à saúde. Por sua complexidade, requer o compromisso multissetorial (Brasil, 2006).

A PNPS compreende a *intersectorialidade* como “uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano

e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem” (Brasil, 2006, p.17). Implica na troca de saberes e práticas.

A *participação social* surge a partir da natureza integradora, articuladora e emancipadora da Promoção da Saúde, exigindo uma gestão com participação social e tendo como diretriz o fortalecimento de tal participação como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário (Brasil, 2006).

Conforme acima descrito, o SUS incorpora as reflexões mundiais das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, ocorridas nas décadas de 80 e 90, principalmente ao adotar a Política Nacional de Promoção da Saúde. No entanto, ainda há inúmeras lacunas do ponto de vista de instrumentos institucionalizados que fortaleçam tal perspectiva no cotidiano dos serviços de saúde, buscando-se avançar para a efetiva reorientação dos serviços com vistas à incorporação da visão ampliada de saúde.

1.3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Segundo Buss (2000), a Promoção da Saúde contribui como campo de conhecimento e prática para se obter a qualidade de vida da população.

De acordo com Almeida Filho (2000, p. 13):

O conceito restrito de promoção da saúde refere-se à ação difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade.

Qualidade de vida, quando vista no sentido ampliado e no âmbito da saúde, apóia-se na “compreensão das necessidades humanas

fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de Promoção da Saúde seu foco mais relevante” (Minayo, Hartz e Buss, 2000, p. 15).

Desta forma, demonstra-se importante estudar a qualidade de vida da população já que a mesma é central na construção da Promoção da Saúde.

Segundo Blay e Merlin (2006), as primeiras tentativas conceituais do termo qualidade de vida surgem a partir de 384 a.C., quando Aristóteles se refere à associação entre *felicidade e bem estar*. A partir do século XX, o uso da expressão qualidade de vida tornou-se familiar no senso comum, utilizada informalmente. E, a partir de 1975, o conceito foi aproveitado na área da saúde, tendo como marco os dilemas da oncologia, com alta frequência de casos sem perspectiva de cura, passaram a implementar ações que promovessem o bem estar dos pacientes.

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, tendo como termo de referência condições de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, quando investigações começaram a referendar esta tese e dar subsídios a políticas públicas, tendo como exemplo a situação da classe trabalhadora da Inglaterra, na qual se relacionou as condições de vida com as condições de saúde.

Segundo a OMS (1994), a expressão *qualidade de vida* foi utilizada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que “os *objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (OMS, 1998, grifo do autor).

A OMS (1994) afirma que o interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos que utilizavam este conceito considerando todos os aspectos da condição de vida da população, incluindo saúde, condições sócio-econômicas, ambientais e culturais. No entanto, o crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como consequência a progressiva desumanização do termo.

De acordo com Bech (1995) apud OMS (1994), a maioria das publicações em medicina nos anos de 1975 a 1995 relacionam qualidade de vida a efeitos de drogas, para direcionar a terapêutica médica em tratamentos como câncer, hipertensão e outras, como terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia e segurança da droga.

Katscnig (1997) apud OMS (1994) apontam que a oncologia foi a especialidade médica que mais se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes, na busca de acrescentar "anos à vida", era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos".

Prutkin e Feinstein (2002), referem que apesar do grande crescimento de estudos sobre qualidade de vida, ainda há grande debate sobre a definição de seu conceito, sendo que o assunto possui diversos índices para sua medição. Referem que a principal razão para tal discordância está no fato de que a medição de qualidade de vida provém de duas maneiras distintas de pensamento: o biomédico e o social.

Os mesmos autores afirmam que os estudos com enfoque exclusivamente biomédico não são desenvolvidos a partir do princípio básico de que a qualidade de vida de uma pessoa é um estado de espírito, não um estado de saúde e que é exclusivamente percebido por esta pessoa. Portanto, para que a qualidade de vida seja devidamente avaliada, deve-se considerar a expressão de componentes pessoais.

Para Akerman (1998) apud Rocha et al. (2000, p.65), "monitorar qualidade de vida aproxima-se da idéia do acompanhamento da melhoria da redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica auferida por um dado agrupamento humano".

A observação da qualidade de vida visa reduzir as iniquidades pela discriminação positiva dos grupos sociais em situação de exclusão, aumentar a eficiência técnica das políticas públicas através de ações intersetoriais e aperfeiçoar a democracia, fazendo com que os diversos atores sociais compartilhem as decisões e criem instrumentos que permitam aos cidadãos expressarem seu direito de terem direitos (Mendes, 1999 apud Rocha et al., 2000, p.66).

O grupo WHOQOL da Organização Mundial da Saúde (1994), responsável pelo desenvolvimento do instrumento de avaliação de qualidade de vida, define-a em seu site que se encontra no endereço eletrônico <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1>. A definição de qualidade de vida formulada por este grupo consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 8) “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estática existencial”, definição muito próxima à da OMS (1994).

A OMS (1994) considera a subjetividade de cada indivíduo na sua definição de qualidade de vida. Rocha et al. (2000) referem que monitorar a qualidade de vida auxilia no acompanhamento da melhoria dos grupos sociais. Ambas as definições podem se complementar já que, ao verificar a percepção de cada indivíduo sobre suas condições de vida num dado território, ao final, será verificada a percepção de grupos sociais sobre suas condições de vida, podendo, dessa forma, avaliar a eficiência técnica de políticas públicas para a redução de iniquidades.

Castellanos (1997), apud Minayo, Hartz e Buss (2000, p.10) refere que:

O termo qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico, pois de um lado está relacionada a modo, condições e estilos de vida, de outro inclui a idéia de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

Quanto a sua aferição, as medidas de qualidade de vida podem ser classificadas, em relação ao campo de aplicação, como: *genéricas* (que usam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde), tendo como exemplo os instrumentos de avaliação de qualidade de vida criados pela OMS; e *específicas*, tendo estudos que apontam, em geral, para situações de qualidade de vida dos indivíduos,

subseqüente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas (Minayo, Hartz e Buss, 2000).

Segundo Duarte e Ciconelli (2006, p. 14), também “existem instrumentos modulares ou baterias de escalas que combinam os aspectos genérico e específico à doença, mantendo um módulo central de perguntas aplicáveis a diversas doenças e populações de pacientes”.

Pode-se constatar que a maioria das pesquisas referentes a qualidade de vida interessam-se em avaliá-la no indivíduo que convive com algum tipo de comorbidade, tendo recentemente o estudo de Alves et al (2009) que avalia a qualidade de vida de vítimas de lesões traumáticas; Rocha e Fleck (2009), que trabalharam com a validação do “WHOQOL-bref” em pacientes deprimidos; Bittencourt et al (2004), que utilizaram o WHOQOL-bref para avaliar qualidade de vida em transplantados renais; Penteado e Pereira (2007), que utilizaram o WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida de professores e buscar relações com questões de saúde vocal; entre outros.

Panzini et al. (2011) trabalharam na validação brasileira do instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), tal instrumento possibilita a investigação do impacto ou da contribuição da espiritualidade para a Qualidade de Vida.

Vários são os estudos que utilizaram o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS, no entanto, não existem muitas pesquisas que tenham abordado a qualidade de vida da população atendida pela atenção primária com a finalidade de direcionar as práticas de promoção da saúde no seu sentido ampliado.

1.4. AS “DIMENSÕES DE SAÚDE E BEM ESTAR” DE LABONTE

Para Labonte (1996), pesquisador da área de Promoção da Saúde do Canadá, o trabalho da Promoção da Saúde pode adotar três enfoques distintos:

Biomédico – que se preocupa com os grupos de risco, detecção precoce das doenças e o provimento de serviços de saúde;

Saúde pública – relacionado aos estilos de vida das pessoas, sendo que o trabalho em saúde está direcionado para a elaboração de programas com a finalidade de modificar comportamentos de alto risco;

Sócio-ambiental – que direciona o trabalho em situações de vulnerabilidade psicossocial valorizando o modo como o indivíduo lida com as situações.

Pretende-se neste trabalho abordar as três formas distintas de enfoque da promoção da saúde citadas por Labonte (1996) a partir da utilização do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida abreviado da OMS.

Tais enfoques podem ser trabalhados separadamente, mas ao final podem unir-se para que haja efetivamente um trabalho de Promoção da Saúde de forma mais ampliada.

Desta forma, possibilita extrapolar a abordagem biomédica (centrada na doença) e comportamental (com ênfase nos fatores de risco e estilos de vida) das ações em saúde, agregando a perspectiva sócio-ambiental e emocional intrínseca ao processo saúde doença.

Figura 1: Dimensões de Saúde e Bem-Estar apresentadas por LABONTE, adaptado de Blaxter.

Para Labonte (1996), a saúde pode ser compreendida a partir de três dimensões, ilustradas na figura 1 e explicitadas abaixo:

Energia vital: relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária;

Projeto de vida: representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo;

Vida comunitária: expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais.

Todas as dimensões acima citadas interrelacionam-se para constituir a saúde e bem-estar do indivíduo.

Segundo Chatterji e Bickenbach (2008, p.46), a satisfação com a saúde é o fator mais importante para o bem estar humano. Esta perspectiva condiz parcialmente com a de Labonte, pois para o mesmo, a saúde e bem

estar estão lado a lado e provém de outros fatores que incorporam o meio físico, mental e social. Portanto, ao sentir-se saudável (considerando todos os fatores que interferem na saúde) o indivíduo terá o bem-estar.

Considera-se então a saúde em seu aspecto ampliado como o sentimento de bem-estar.

Labonte (1996) também evidencia as interfaces das dimensões e destaca a relação entre elas como campos de ação da Promoção da Saúde:

Relações sociais: contempla o potencial individual de construir redes sociais, ter e manter relações participativas e solidárias com familiares, amigos, vizinhos, representantes comunitários e governamentais. Surge da intersecção das dimensões de energia vital e vida comunitária. Assim, identifica-se a necessidade de ter um grau de vitalidade física aliada à necessidade de participação junto a grupos ou associações comunitárias, para usufruir de boas relações sociais. Trata-se do potencial de conectividade dos indivíduos e grupos.

Habilidades para fazer o desejado: compreende a capacidade que o indivíduo apresenta para tomar decisões que resultem na sua auto-realização. Abrange um determinado grau de vitalidade física aliado a um determinado projeto de vida, para que ambos atribuam numa satisfação nos afazeres.

Controle sobre a vida: implica no domínio que o indivíduo tem sobre determinadas condições para exercer sua liberdade mediante diferentes experiências e oportunidades na vida. Ela surge na intersecção das dimensões projeto de vida e vida comunitária. Diz respeito ao potencial de ação transformadora sobre as condições que prejudicam ou limitam a vida.

Chiesa (2003) refere que, para ocorrer a reorganização na atenção básica, com enfoque na melhoria da qualidade de vida da população, este referencial apresenta grande potencial na revisão das tecnologias associadas ao cuidado.

1.5. QUALIDADE DE VIDA E SUA INCORPORAÇÃO NA SAÚDE: O INSTRUMENTO “WHOQOL-BREF”

O grupo WHOQOL da OMS (1994) elaborou dois instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida geral da população: o “WHOQOL-100” e o “WHOQOL-bref”. Os mesmos foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas e trazem consigo três aspectos fundamentais quanto ao construto da Qualidade de Vida: a subjetividade; a multidimensionalidade; e a presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor) (Fleck, 2000a, 2000b).

O instrumento abreviado de qualidade de vida da OMS, o “WHOQOL-bref”, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Assim, diferente do “WHOQOL-100” em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no “WHOQOL-bref” cada faceta é avaliada por apenas uma questão (Fleck, 2000a, 2000b), como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Domínios e facetas do “WHOQOL-bref”, mostrando a solução de quatro domínios extraído de Fleck, 2000.

Domínio	Facetas dentro dos domínios
Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicações ou tratamentos Capacidade de trabalho
Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
Domínio das Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Domínio do Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em e oportunidades de recreação/ lazer Ambiente físico: Poluição, ruído, trânsito, clima Transporte
Domínio Geral	Qualidade de vida global e percepções de saúde geral

A escolha pelo instrumento “WHOQOL-bref” (anexo1) e não pelo “WHOQOL-100” neste estudo se deu, pois além de possuir características psicométricas satisfatórias, o “WHOQOL-bref” é um instrumento com menos questões, sendo, portanto, mais viável de ser aplicado na atenção primária.

Em trabalho anterior, utilizamos o instrumento “WHOQOL-bref” que demonstrou ter potencial para a utilização na atenção básica, com o intuito de elucidar os principais campos de ação necessários, levando em consideração as dimensões de saúde e bem estar de Labonte (1996), que extrapola a visão biomédica da saúde acrescentando a psicossocial.

Ao analisar os domínios e facetas do “WHOQOL-bref” e as dimensões de saúde e bem-estar de Labonte, estabelecemos um paralelo entre os mesmos e buscamos associar o instrumento “WHOQOL-bref” com a holosfera de Labonte.

Em uma das fases do trabalho anterior, Barros (2008)* e Castro (2008)** aplicaram o “WHOQOL-bref” junto a 230 usuários do PSF, assim como o instrumento de “classificação de risco da família” (Vieira, 2005).

O instrumento de “Classificação de Risco da Família” (anexo 2) tem o intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção à população adscrita ao território de uma equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família. É baseado em sentinelas para avaliação de situações de risco, procurando classificar, dentre elas, quais as famílias que demandam maior atenção. Tal instrumento é baseado no julgamento do profissional e classifica as famílias em cores (vermelha, amarela e verde). A classificação é norteada a partir da constatação de algumas comorbidades encontradas no indivíduo inserido na família (Vieira et al., 2001 apud Craco, 2005).

O resultado deste estudo demonstrou uma grande diferença na percepção de saúde entre os usuários e profissionais, já que a maioria das

* Barros DG. Qualidade de Vida e equidade: em foco o Programa Saúde da Família [relatório científico]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

** Castro DFA. Qualidade de vida e saúde: em foco o programa saúde da família [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

pessoas entrevistadas considerou sua qualidade de vida como boa (49,1%) e, pela classificação de risco da família, classificação esta realizada a partir de dados de comorbidade, a maioria (58,7%) das famílias entrevistadas estavam na faixa de “risco mediano para a saúde”.

A partir de tais achados, surgiu a indagação sobre quais as potencialidades do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS, o “WHOQOL-bref”, para reconhecer as percepções da população sobre sua vida e saúde tendo em vista a necessidade de incrementar ações de promoção da saúde, sobretudo no contexto da atenção básica. Vale ressaltar que neste âmbito de atenção há um vínculo mais estreito entre o profissional e a população durante um tempo maior de contato. No entanto, muitas vezes os profissionais só se utilizam do instrumental clássico da clínica, perdendo a oportunidade de incluir a percepção da população sobre as dimensões de saúde e bem estar para organizar as ações de cuidado.

Assim, em outro trabalho científico*, fez-se uma nova análise destes dados e utilizou-se como base empírica o instrumento “WHOQOL-bref” e como base analítica as dimensões de saúde e bem-estar apresentadas por Labonte (1996).

Foram utilizados os dados sobre percepção de qualidade de vida e saúde dos 230 sujeitos de pesquisa, moradores do Distrito Raposo Tavares, atendidos pelo PSF, que haviam preenchido o “WHOQOL-bref” através de visitas domiciliares. e estabeleceu-se a associação do instrumento “WHOQOL-bref” com a holosfera de Labonte. Tal associação foi realizada por 4 pesquisadores da área de Promoção à Saúde, que analisaram o instrumento a partir da holosfera de Labonte*.

Todas as questões do instrumento “WHOQOL-bref” continham uma ou mais relações com os domínios e interfaces de ação das “Dimensões de

* Barros DG. Potencialidades do WHOQOL-bref para a prática da enfermagem na atenção básica sob a perspectiva da promoção à saúde [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Saúde e Bem-Estar” proposta por Labonte, segundo a análise dos pesquisadores participantes*.

Os dados provenientes da primeira pesquisa foram então relidos e re-analisados após a associação do instrumento com a holosfera de Labonte.

O instrumento “WHOQOL-bref” possui 5 escalas de respostas: que variam de “muito ruim a muito bom”; “nada a completamente”, “muito insatisfeito a muito satisfeito” e, “nunca a sempre”. Para a análise dos dados, a esta escala de respostas foram atribuídas cores em ordem crescente de satisfação, ou seja, para “muito ruim” foi dada a cor vermelha, “ruim” cor lilás, “nem ruim nem boa” cor amarela, “boa” cor azul e, “muito boa” a cor verde*.

Para facilitar a análise dos dados foi construída uma nova escala de análise que varia de “desfavorável” a “favorável”. Nela houve a associação de “cores”, ou seja, as cores “vermelha” e “lilás” associaram-se e formaram a escala “desfavorável”, a cor “amarela” formou a escala “neutra” e as cores “azul” e “verde” formaram a escala “favorável”*.

Os achados foram organizados no programa computacional SPSS 14.0 e o software Excell foi utilizado para sistematização dos mesmos*.

Os resultados demonstram que no domínio da “Energia Vital”, 63% dos entrevistados estavam na faixa “favorável”, 22% na faixa “neutra” e 15% “desfavorável”. Quanto à “Vida Comunitária”, 51% estão na faixa “favorável”, 27% “neutra” e 22% “desfavorável”. No domínio do “Sentido da Vida” 50% estão na faixa “favorável”, 29% “neutra” e 21% “desfavorável”, como demonstrado na figura 2*.

Estes resultados apontam a necessidade de ações voltadas para as dimensões “Sentido da Vida” e “Vida Comunitária”, pois em ambas as

* Barros DG. Potencialidades do WHOQOL-bref para a prática da enfermagem na atenção básica sob a perspectiva da promoção à saúde [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

dimensões há quase metade da população nas faixas “neutra” e “desfavorável”.

No estudo verificou-se que o “WHOQOL – bref” tem potencialidades para a identificação da percepção da população sobre a sua saúde e qualidade de vida e o reconhecimento das prioridades em termos de ações da Promoção da Saúde, pois houve relações deste instrumento com as dimensões de “saúde e bem estar” propostas por Labonte.

Figura 2: Resultados segundo os domínios da holosfera de Labonte, São Paulo, 2008.
Fonte: Barros, D.G. Potencialidades do WHOQOL-bref para a prática da enfermagem na atenção básica sob a perspectiva da promoção à saúde. 2008. Monografia (trabalho de conclusão de curso de graduação) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pôde-se analisar quais são as principais áreas para estruturação de ações de promoção à saúde na região pesquisada. Observou-se, desta forma, que o instrumento “WHOQOL-bref” pode ser utilizado para a captação de necessidades com a finalidade de formular ações de promoção à Saúde.

Com os resultados de tal trabalho, surgiu a necessidade de encaminhar, numa direção propositiva, a associação entre o instrumento “WHOQOL-bref” e as dimensões de saúde e bem-estar propostas por Labonte (1996) a fim de contribuir com o campo de ações da Promoção da Saúde.

Segundo Campos e Neto (2008), a medida de qualidade de vida tem sido uma proposta como instrumento para verificar a saúde da população e incentivar medidas de Promoção da Saúde, dando subsídio na definição de prioridades, no racionamento de recursos, em intervenções ou na implantação de políticas públicas, implantação de novas políticas e práticas de intervenção.

De acordo com os mesmos, “no Brasil, o uso de instrumentos de medida de qualidade de vida no campo da saúde o colocaria em consonância com pesquisas internacionais para o avanço teórico e metodológico da área” (Campos, Neto, 2008, p.237), já que outros países como Reino Unido, França, Alemanha, Espanha e Turquia apresentam estudos sobre qualidade de vida na população em geral (Campos e Neto, 2008).

Bausell (1998) apud Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 16), julgam que, “dada a grande abundância das atuais medidas de qualidade de vida, estas deveriam ser consideradas como o ponto de partida para as políticas de atenção à saúde”.

1.6. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE: A PROPOSTA DO SUS

A definição de saúde formulada no bojo do movimento de reforma sanitária brasileira, que culminou com a proposição do Sistema Único de Saúde, entende a saúde como um processo influenciado por diversos aspectos caracterizados pela inserção social dos indivíduos. Dessa forma, a saúde e a doença não estão em pólos distintos, mas sim articulados e constituindo partes do mesmo fenômeno (Chiesa, 2003).

Desta forma, o econômico e o social são condicionantes e determinantes da saúde e esta é condicionante e determinante para uma boa qualidade de vida, já que a mesma é fruto da percepção e satisfação individual da saúde e condições de vida.

Para Drachler et al. (2003), o conceito de saúde tem sido definido pela qualidade de vida, compreendida como a capacidade de ser e agir das pessoas, entendendo-se a relação de determinação existente entre esta capacidade de ser e agir e as condições de (des)igualdade social.

A proposta do SUS incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado em responsabilizar-se por promover as condições necessárias para a saúde dos cidadãos (...). Esta política contempla, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade e a equidade das ações como princípios norteadores (Chiesa, 2003, p. 41).

Ainda segundo Chiesa (2003, p. 41):

A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas que contemple os determinantes das condições de saúde de uma dada população.

Na busca da operacionalização do SUS no âmbito do Modelo Assistencial, surge a Estratégia Saúde da Família que reafirmou na Atenção Básica o trabalho em equipe, a adscrição de clientela e, conseqüentemente,

a possibilidade de gestão por resultados de melhorias das condições de saúde da população, em oposição à gestão por procedimentos. No entanto, a clínica médica tradicional tem uma tendência a se responsabilizar somente pela enfermidade e não pelo sujeito doente, o que significa que existem ainda grandes dificuldades para a efetiva transformação da clínica no SUS.

A clínica realizada pelos profissionais de saúde no SUS e a relação desta com a gestão dos serviços têm sido uma preocupação cada vez maior para o desafio da qualificação da atenção, da ampliação da cobertura e da legitimação do SUS (Cunha, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), em seu documento formulado para a humanização do SUS, refere que um dos aspectos que mais tem chamado a atenção é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2006) tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Diante do exposto, destacam-se como de extrema importância para a prática da Promoção da Saúde no âmbito do Modelo Assistencial necessário para a efetivação do SUS, instrumentos que permitam a captação das condições de saúde, e não somente de doença, da população, com a finalidade de indicar as ações necessárias de Promoção à Saúde.

De acordo com Deyo e Patrick (1989) apud Belasco e Sesso (2006, p.7):

O uso de medidas da Qualidade de Vida relacionada à saúde na prática clínica poderia facilitar a identificação de problemas funcionais e emocionais não detectados na avaliação clínica convencional e melhorar a monitorização dos pacientes e sua comunicação com a equipe de saúde.

1.6.1. A Clínica ampliada como uma reorientação do serviço

O HumanizaSUS, movimento ocorrido em 2004, é a proposta para enfrentar o desafio de tornar os princípios do SUS em realidade prática, no que eles impõem de mudanças dos modelos de atenção e de gestão de práticas de saúde. Ele entende como humanização, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (Brasil, 2004; Brasil, 2007).

Dessa forma, na cartilha do HumanizaSUS, há a definição da clínica ampliada como um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, é assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, é buscar a intersetorialidade e assumir um compromisso ético profundo (Brasil, 2004; Brasil, 2007).

Em muitos casos, a doença é ocasionada ou agravada devido a situação de dominação ou de injustiça social, portanto, é de extrema importância localizar o indivíduo em seu contexto e propor a melhor terapêutica a ser realizada bem como as formas de melhoria das suas condições de vida, que vão corroborar para a melhoria da sua saúde.

Assim, a clínica ampliada busca o equilíbrio entre o combate à doença com a **Produção de Vida** (Brasil, 2004, grifo do autor).

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (Brasil, 2004, p. 11).

Campos e Amaral (2007) referem que a clínica ampliada considera fundamental ampliar “o objeto de trabalho” da clínica, agregando, além das doenças, os problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas).

Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico que além de buscar a saúde por seus diferentes meios (curativos, preventivos, de reabilitação, ou com cuidados paliativos), poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários (Campos, Amaral, 2007).

Dessa forma, a autonomia deve ser considerada como a ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistemas de dependências e pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos mesmos de compreenderem e atuarem sobre si e sobre o mundo.

Pretende-se neste trabalho, também verificar se o instrumento “WHOQOL-bref” é capaz de colaborar para a incrementação da clínica ampliada conforme os pressupostos do HumanizaSUS.

2. Problema de Pesquisa

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a possibilidade de avaliar as “dimensões de saúde e bem estar” de Labonte a partir da aplicação do “WHOQOL-bref”?

3. Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Verificar e descrever os limites e possibilidades do “WHOQOL-bref” para identificar as dimensões de “saúde e bem estar” propostas por Labonte.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a visão de especialistas da área de promoção da saúde e de qualidade de vida quanto à associação do instrumento “WHOQOL-bref” com as dimensões de “saúde e bem estar” de Labonte;
- Comparar as diferentes percepções dos dois grupos de especialistas quanto à associação do instrumento “WHOQOL-bref” com as dimensões de “saúde e bem estar” de Labonte.

3.3. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Verificar se o instrumento “WHOQOL-bref” pode contribuir para estruturar ações de promoção da saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde, que veja o indivíduo de forma integral, não somente na sua enfermidade.

4. Metodologia

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de cunho comparativo e de natureza quanti-qualitativa. Para Polit, Hugler e Becker (1995), a pesquisa metodológica refere-se aos estudos sobre métodos de obtenção, organização e análise de dados e trata da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de investigação.

A pesquisa metodológica se ocupa dos modos de fazer ciência.

A pesquisa comparativa tem o objetivo de comparar determinadas opiniões ou fatos, tendo o estabelecimento de relações entre variáveis.

Este caminho metodológico foi o escolhido nesta pesquisa, pois se pretende comparar, de forma sistematizada, os achados da associação do instrumento “WHOQOL-bref” com as “dimensões de saúde e bem-estar” propostas por Labonte (1996), na visão de dois grupos diferentes de especialistas, com a finalidade de propor a utilização do instrumento “WHOQOL-bref” para indicar ações de Promoção da Saúde no contexto dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde.

A natureza quanti-qualitativa deu-se pela utilização da técnica Delphi para a coleta e análise dos dados, sendo a mesma uma técnica padronizada, característica importante para a elaboração de estudos com maior validade e aceitação científica.

Após o exame de qualificação, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, tendo sido aprovado sob o nº 901/2010/CEP-EEUSP, conforme demonstrado no anexo 3.

4.2. A TÉCNICA DELPHI

Utilizou-se a Técnica Delphi, que consiste em consultar um grupo de especialistas em determinado assunto, por meio de um questionário repassado entre todos os respondentes até que haja um consenso, consolidando o julgamento do grupo (Wright, Giovanazzo, 2000).

Segundo Cassiane e Rodrigues (1996), a técnica envolve a consolidação das compreensões de um painel de pessoas com reconhecido saber no campo em estudo, e opera com a distribuição de um questionário inicial aos respondentes, análise das respostas e envio de um segundo questionário baseado nas informações obtidas no primeiro. Os envios sucedem-se até a obtenção de um grau satisfatório de convergência. No mínimo são necessárias duas rodadas para caracterizar o processo Delphi.

Segundo Spínola (1984) apud Faro (1997, p. 260):

Delfos tem sua denominação oriunda da mitologia grega relacionando-se com o nome do templo de Apolo. Esta divindade tinha o poder de transferir desejos e visões do futuro aos mortais inquietos. Era, então, em Delfos que os gregos ouviam as famosas profecias.

De acordo com Lindeman (1975) apud Faro (1997) e Silva (1999), esta técnica foi desenvolvida pelo Dr. Olav Helmer, matemático e filósofo, sua proposta baseava-se na intuição de grupos para ampliar projeções, tendo sido muito utilizada em 1950 numa pesquisa realizada pela Rand Corporation nos Estados Unidos, durante a Guerra Fria para analisar e prever acontecimentos.

A técnica é indicada quando há a inexistência de dados, necessidade de abordagem multidisciplinar, ou mesmo quando há falta de consenso em determinado assunto, refinar e gerar uma opinião final a partir de um grupo de especialistas (denominados juízes ou painelistas), sendo também utilizada para estimular parâmetros desconhecidos (Fazollo, 2007).

De acordo com Reid (1988) apud Silva e Tanaka (1999), as vantagens da técnica Delphi são:

- remove a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente;

- permite tempo para pensar individualmente;
- permite uma ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências sem problemas de comunicação;
- permite o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar;
- reduz custo por não precisar reunir todos os participantes.

Foi aplicada a fórmula do índice de equivalência a partir das respostas dos participantes em cada questão analisada, este pode ser obtido por meio da relação do número de concordância de respostas em cada questão com o número total de participantes de cada grupo.

Concordância é o número absoluto de respostas coincidentes em cada questão.

Foi considerada relação com consenso, as questões que obtiveram índice de equivalência maior ou igual a 80% nos dois grupos pesquisados.

$$\text{Equivalência} = \frac{\text{nº de concordância}}{\text{nº total}}$$

Índice aceitável para o consenso: ≥80%

Foram trabalhadas em rodadas subseqüentes as dimensões que obtiveram índices de equivalências entre 25% e 80% em cada questão analisada, nos dois grupos pesquisados.

Dessa forma, foi necessário realizar duas rodadas de questões Delphi para esta pesquisa.

4.3. COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o software Qlqt on-line, desenvolvido pelo Instituto de pesquisa do discurso do sujeito coletivo, da Faculdade de Saúde Pública da USP. Tal software proporciona a possibilidade de se criar um questionário virtual que é aplicado on-line aos convidados da pesquisa. As respostas ficam armazenadas em um banco on-line que somente o pesquisador tem acesso para futura análise.

O software Qlqt on-line encontra-se no endereço eletrônico: <http://qlqt.ipdsc.com.br>.

Para a sistematização dos dados, foram criados gráficos no software Microsoft Office Excel 2003 que passaram por posterior análise.

4.4. SELEÇÃO DOS ESPECIALISTAS

O tamanho do grupo respondente é variável e depende do propósito do estudo. Delbecq e col.(1986) apud Cassiani e Rodrigues (1996) sugerem que para um grupo homogêneo de participantes, podem ser suficientes de 10 a 15 pessoas.

Para selecionar os “experts” ou especialistas foram consultados os bancos on-line de teses e dissertações da USP e Unicamp, sendo procurados trabalhos com o descritor “WHOQOL” (que demonstrou quais eram os pesquisadores da área de qualidade de vida) e “promoção da saúde” (que demonstrou quais eram os pesquisadores da área de promoção à saúde), no período de 2008 a 2010.

Quando pesquisado o banco de teses e dissertações da USP (endereço eletrônico: <http://www.teses.usp.br/>), com o descritor “WHOQOL”,

foram encontradas 37 trabalhos entre teses e dissertações, sendo que entre 2008 e 2010 foram 14. Com o descritor “promoção da saúde” foram encontrados 235 trabalhos entre teses e dissertações, sendo que entre 2008 e 2010 foram 88 trabalhos.

No banco de teses e dissertações da Unicamp (endereço eletrônico: <http://cutter.unicamp.br/>) foram encontrados 26 trabalhos com o descritor “WHOQOL”, entre teses e dissertações sendo que entre 2008 e 2010 foram 6 estudos. Com o descritor “promoção da saúde” foram encontrados 95 trabalhos, sendo que entre 2008 e 2010 listaram-se 10.

A partir da leitura do resumo das teses e dissertações, foram selecionados os especialistas cujas temáticas tivessem proximidade com o foco deste estudo.

Portanto, para o tema “promoção da saúde” foram escolhidos 14 pesquisadores e para “qualidade de vida” foram 18. Todos estes foram convidados para compor o quadro de juízes.

Após a seleção dos painelistas, foi enviada uma carta de esclarecimento e consentimento para a participação da pesquisa via e-mail (apêndice 1). A resposta positiva ao e-mail enviado foi considerada como consentimento.

Os e-mails respondidos foram armazenados em uma pasta virtual para eventuais comprovações do seguimento da Resolução 196/96, que aborda a pesquisa que envolve seres humanos. A pesquisa foi submetida à aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o nº 901/2010/CEP-EEUSP.

4.3.1. População pesquisada

Após o envio do e-mail explicativo, 7 pesquisadores da área de “qualidade de vida” aceitaram participar da pesquisa, portanto 11 pesquisadores não aceitaram participar da mesma ou não responderam ao e-mail. Na área de “promoção da saúde”, teve-se como afirmativa 9

pesquisadores, portanto 5 não responderam ao e-mail ou não aceitaram participar da pesquisa.

Entre os pesquisadores da área de “qualidade de vida”, 3 são enfermeiros, 1 dentista, 1 fisioterapeuta, 1 médico e 1 educador físico. Entre os pesquisadores da área de “promoção da saúde”, 5 são enfermeiros, 1 médico, 1 pedagogo, 1 psicólogo e 1 cientista social, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3: origem do quadro de especialistas, São Paulo, 2010.

5. Resultados

5. RESULTADOS

5.1. PRIMEIRA RODADA

Para cada questão do “WHOQOL-bref”, excluindo-se a primeira e a segunda, foi perguntado se as mesmas relacionavam-se com um ou mais domínios do “WHOQOL-bref”: “Energia Vital”, “Projeto de Vida” e “Vida Comunitária”.

Optou-se por excluir a primeira e a segunda questão que são, respectivamente: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?”, pois as mesmas avaliam qualidade de vida geral, sendo genéricas, portanto invariavelmente remetem para todos os domínios de Labonte.

Cada participante recebeu um e-mail que continha uma carta (apêndice 1) explicitando sobre a pesquisa bem como os domínios de Labonte (anexo 4) para uma possível associação com as questões que se encontravam no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>, como pesquisa Delphi.

Após a coleta dos dados, para cada questão do “WHOQOL-bref” foi aplicado o índice de equivalência em cada domínio de Labonte.

Considerou-se domínio com consenso, o que obteve equivalência maior ou igual a 80% na questão em ambos os grupos pesquisados. Foram trabalhadas em nova rodada as questões cujas equivalências fossem maiores que 25% e menores que 80%, nos dois grupos pesquisados. A demonstração de tais resultados encontra-se no quadro 2.

Para o quadro 2, considere as siglas:

- P.S – Pesquisadores de Promoção da Saúde
- Q.V - Pesquisadores de Qualidade de Vida
- EV – Dimensão Energia Vital
- PV – Dimensão Projeto de Vida
- VC – Dimensão Vida Comunitária

Quadro 2 - Equivalências e consensos da relação das questões do “WHOQOL-bref” com as dimensões de Labonte na primeira rodada Delphi entre pesquisadores de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, São Paulo, 2010.

Questão	Pesquisadores	Equivalências	Consenso	Dimensões que foram para a 2ª rodada
Q.3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	P.S	EV= 100% PV= 33,3% VC= 0%	EV	PV
	Q.V	EV= 100% PV= 28,5% VC= 14,2%		
Q.4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	P.S	EV= 88,8% PV= 33,3% VC= 33,3%	EV	PV
	Q.V	EV= 85,7% PV= 42,8% VC= 14,2%		
Q.5 O quanto você aproveita a vida?	P.S	EV= 44,4% PV= 66,6% VC= 66,6%		PV VC EV
	Q.V	EV= 42,8% PV= 85,7% VC= 42,8%		
Q.6 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	P.S	EV= 22,2% PV= 100% VC= 33,3%	PV	VC
	Q.V	EV= 14,2% PV= 100% VC= 28,5%		
Q.7 O quanto você consegue se concentrar?	P.S	EV= 88,8% PV= 33,3% VC= 33,3%	EV	PV VC
	Q.V	EV= 85,7% PV= 42,8% VC= 28,5%		
Q.8 Quão seguro(a) você sente em sua vida diária?	P.S	EV= 33,3% PV= 33,3% VC= 100%	VC	EV PV
	Q.V	EV= 42,8% PV= 42,8% VC= 85,7%		
Q.9 Quão saudável é o seu ambiente físico(clima, barulho, poluição, atrativos)?	P.S	EV= 33,3% PV= 33,3% VC= 88,8%	VC	PV
	Q.V	EV= 14,2% PV= 28,5% VC= 100%		
Q.10 Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	P.S	EV= 100% PV= 33,3% VC= 33,3%	EV	PV
	Q.V	EV= 100%		

		PV=42,8%		
		VC= 14,2%		
Q.11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	P.S	EV= 66,6%	EV PV VC
			PV= 55,5%	
			VC= 28,5%	
	Q.V		EV= 42,8%	
			PV= 28,5%	
			VC= 28,5%	
Q.12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	P.S	EV= 22,2%	PV
			PV= 88,8%	
			VC= 66,6%	
	Q.V		EV= 28,5%	
			PV= 85,7%	
			VC= 14,2%	
Q.13	Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?	P.S	EV=22,2%	PV VC
			PV= 66,6%	
			VC= 66,6%	
	Q.V		EV= 14,2%	
			PV= 42,8%	
			VC= 71,4%	
Q.14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	P.S	EV= 33,3%	VC PV
			PV= 33,3%	
			VC= 88,8%	
	Q.V		EV= 14,2%	
			PV= 28,5%	
			VC= 100%	
Q.15	Quão bem você é capaz de se locomover?	P.S	EV=66,6%	EV VC
			PV= 22,2%	
			VC= 55,5%	
	Q.V		EV= 71,4%	
			PV= 14,2%	
			VC= 28,5%	
Q.16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	P.S	EV= 88,8%	EV
			PV= 44,4%	
			VC= 33,3%	
	Q.V		EV= 100%	
			PV= 14,2%	
			VC= 14,2%	
Q.17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	P.S	EV= 66,6%	EV PV VC
			PV= 66,6%	
			VC= 33,3%	
	Q.V		EV= 85,7%	
			PV= 57,1%	
			VC= 28,5%	
Q.18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	P.S	EV= 66,6%	EV PV VC
			PV= 66,6%	
			VC= 33,3%	
	Q.V		EV= 85,7%	
			PV= 57,1%	
			VC= 28,5%	
Q.19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	P.S	EV= 44,4%	PV EV
			PV= 100%	
			VC= 44,4%	

	Q.V	EV= 42,8% PV= 100% VC= 28,5%		VC
Q.20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	P.S	EV= 33,3% PV= 44,4% VC= 88,8%	VC
	Q.V	EV= 14,2% PV= 14,2% VC= 85,7%		
Q.21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	P.S	EV= 66,6% PV= 77,7% VC= 57,1%	EV PV VC
	Q.V	EV= 71,4% PV= 28,5% VC= 42,8%		
Q.22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	P.S	EV= 22,2% PV= 33,3% VC= 88,8%	PV
	Q.V	EV= 14,2% PV= 28,5% VC= 85,7%	VC	
Q.23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	P.S	EV= 11,1% PV= 44,4% VC= 100%	PV
	Q.V	EV= 14,2% PV= 28,5% VC= 85,7%	VC	
Q.24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	P.S	EV= 44,4% PV= 44,4% VC= 88%	PV
	Q.V	EV= 14,2% PV= 28,5% VC= 85,7%	VC	
Q.25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	P.S	EV= 33,3% PV= 33,3% VC= 88,8%	VC
	Q.V	EV= 14,2% PV= 14,2% VC= 85,7%		
Q.26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como desespero, ansiedade, depressão?	P.S	EV= 66,6% PV= 77,7% VC= 44,4%	EV PV VC
	Q.V	EV= 71,4% PV= 71,4% VC= 28,5%		

5.1.2. Resultados da primeira rodada segundo as dimensões da Promoção da Saúde

Quadro 3 - Quadro síntese das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde na primeira rodada.

Energia Vital	
Q.3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
Q.4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?
Q.7	O quanto você consegue se concentrar?
Q.10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?
Q.16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
Projeto de Vida	
Q.6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
Q.12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
Q.19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?
Vida Comunitária	
Q.8	Quão seguro(a) você sente em sua vida diária?
Q.9	Quão saudável é o seu ambiente físico(clima, barulho, poluição, atrativos)?
Q.14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?
Q.20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
Q.22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Q.23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
Q.24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
Q.25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Os resultados encontrados a partir do consenso na primeira rodada foram, majoritariamente, em relação à Vida Comunitária (50%), seguido de Energia Vital (31,25%) e Projeto de Vida (18,75%). Na perspectiva de ampliação do olhar do profissional de saúde para as outras dimensões de saúde e bem estar, o “WHOQOL-bref” demonstrou contribuir grandemente para a incorporação da Energia Vital e Vida Comunitária.

Também elucidou contribuir com a dimensão Projeto de Vida, mas em menor escala que nas outras dimensões.

Ao se comparar as percepções dos dois grupos de especialistas quanto à associação do instrumento com as dimensões de “saúde e bem estar”, observa-se pouca diferença conceitual entre os mesmos, pois os índices de equivalências tiveram resultados muito próximos.

5.2. SEGUNDA RODADA

Foram para a segunda rodada 20 questões.

Nesta fase, 6 questões tiveram todos os domínios analisados novamente, pois não excluiu e não confirmou nenhum domínio segundo os critérios estabelecidos; e 12 questões tiveram um ou dois domínios analisados novamente, pois obteve consenso em algum domínio e não excluiu outros.

Nesta rodada foi aprofundado o conceito de cada domínio que segue:

- Energia Vital: compreende vitalidade física;
- Projeto de Vida: compreende ter um sentido para a vida;
- Vida Comunitária: compreende vivenciar relacionamentos junto ao grupo social/comunidade.

Foram convidados para esta fase todos os pesquisadores que responderam a primeira rodada de perguntas, no entanto 1 pesquisador de promoção da saúde e 2 de qualidade de vida não responderam esta fase e não justificaram sua ausência.

Portanto, participaram 8 pesquisadores da área de promoção da saúde e 5 de qualidade de vida.

Após a coleta dos dados, que foi realizada utilizando novamente o sistema Qlqt on-line, para cada questão do “WHOQOL-bref” foi aplicado o índice de equivalência com cada dimensão de Labonte associada.

Considerou-se novamente domínio com consenso, o que obteve equivalência maior ou igual a 80% na questão em ambos os grupos pesquisados.

A demonstração de tais resultados encontra-se no quadro 4.

Para o quadro 4, considere as siglas:

- P.S – Pesquisadores de Promoção da Saúde
- Q.V - Pesquisadores de Qualidade de Vida
- EV – Domínio Energia Vital
- PV – Domínio Projeto de Vida
- VC – Domínio Vida Comunitária

Quadro 4- Índices de equivalências e consensos da relação das questões do “WHOQOL-bref” com as dimensões de Labonte na segunda rodada Delphi entre pesquisadores de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, São Paulo, 2010.

Questão		Pesquisadores	2ª rodada	Equivalências	Consenso
Q.3	Em que medida você acha que sua dor(física) impede você de fazer o que você precisa?	P.S	PV	PV= 62,5%	
		Q.V		PV= 40%	
Q.4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	P.S	PV	PV= 50%	
		Q.V		PV= 40%	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?	P.S	PV	EV=100%	EV
		Q.V	VC	PV= 100%	
			EV	VC= 100%	PV
				EV=80%	
				PV=100%	VC
				VC=80%	
Q.6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	P.S	VC	VC=75%	
		Q.V		VC=80%	
Q.7	O quanto você consegue se concentrar?	P.S	PV	PV=37,5%	
		Q.V	VC	VC=12,5%	
				PV= 40%	
				VC= 20%	
Q.8	Quão seguro(a) você sente em sua vida diária?	P.S	EV	EV=50%	
		Q.V	PV	PV=62,5%	
				EV=60%	
				PV=20%	
Q.9	Quão saudável é o seu ambiente físico(clima, barulho, poluição, atrativos)?	P.S	PV	PV=37,5%	
		Q.V		PV=20%	
Q.10	Você tem energia	P.S	PV	PV= 75%	

suficiente para seu dia a dia?	Q.V		PV= 60%	
Q.11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	P.S	EV	EV= 75%	
		PV	PV= 62,5%	
		VC	VC= 50%	
Q.13 Quanto disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?	Q.V		EV=60%	
			PV=60%	
			VC= 40%	
Q.14 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	P.S		PV= 71,4%	
		PV	VC= 100%	
	Q.V	VC	PV= 20%	
Q.15 Quanto bem você é capaz de se locomover?			VC= 60%	
	P.S		PV= 75%	
	Q.V	PV	PV= 40%	
Q.17 Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	P.S	EV	EV=100%	EV
		VC	VC= 25%	
	Q.V		EV=100%	
Q.18 Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?			VC=40%	EV
	P.S	EV	EV= 100%	
		PV	PV= 62,5%	
Q.19 Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?		VC	VC= 37,5%	EV
	Q.V		EV= 100%	
			PV= 60%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?			VC=20%	EV
	P.S	EV	EV= 100%	
		PV	PV=100%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?		VC	VC= 50%	EV
	Q.V		EV= 100%	
			PV=60%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?			VC=20%	EV
	P.S	EV	EV= 62,5%	
		PV	VC= 62,5%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Q.V	VC	EV= 40%	EV
			VC= 40%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	P.S	EV	EV=62,5%	
		PV	PV=50%	
		VC	VC=50%	
Q.21 Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	QV	VC	EV=100%	

			PV=60% VC=20%	
Q.22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	P.S Q.V	PV PV=60%	
Q.23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	P.S Q.V	PV= 62,5% PV= 60%	
Q.24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	P.S Q.V	PV= 12,5% PV= 20%	
Q.26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como desespero, ansiedade, depressão?	P.S Q.V	EV= 62,5% PV= 75% VC= 75% EV=80% PV=80% VC=40%	

5.2.1. Resultados da segunda rodada de acordo as dimensões da Promoção da Saúde

Quadro 5 - Quadro síntese das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde na segunda rodada.

Energia Vital	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?
Q.15	Quão bem você é capaz de se locomover?
Q.17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?
Q.18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Projeto de Vida	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?
Vida Comunitária	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?

a) Energia Vital

Na segunda rodada, instituiu-se consenso mais quatro questões do “WHOQOL-bref” na dimensão da Energia Vital, conforme elucidado no quadro 5.

b) Projeto de Vida e Vida Comunitária

Na segunda rodada de perguntas, agregou-se à dimensão Projeto de Vida e Vida Comunitária, somente a questão 5 (“O quanto você aproveita a vida?”). Dessa forma, esta questão demonstrou relação com as três dimensões de saúde e bem estar.

Tal achado demonstra que esta questão pode ser considerada genérica, como as questões 1 e 2 do “WHOQOL-bref”, que são, respectivamente: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?”.

Dessa forma, demonstra-se a necessidade de mais estudos que aprimorem tal relação.

Assim, na segunda rodada constituiu-se a maior parte do consenso no domínio Energia Vital.

5.3. RESULTADO FINAL: QUESTÕES DO “WHOQOL-BREF” E SEU CONSENSO COM AS DIMENSÕES DE SAÚDE E BEM ESTAR DE LABONTE

Quadro 6 - Quadro síntese final das questões do “WHOQOL-bref” que obtiveram consenso com as dimensões de promoção da saúde.

Energia Vital	
Q.3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
Q.4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?
Q.5	O quanto você aproveita a vida?
Q.7	O quanto você consegue se concentrar?
Q.10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?
Q.15	Quão bem você é capaz de se locomover?
Q.16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
Q.17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?
Q.18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Projeto de Vida	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?
Q.6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?
Q.12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
Q.19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?
Vida Comunitária	
Q.5	O quanto você aproveita a vida?
Q.8	Quão seguro(a) você sente em sua vida diária?
Q.9	Quão saudável é o seu ambiente físico(clima, barulho, poluição, atrativos)?
Q.14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?
Q.20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
Q.22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Q.23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
Q.24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
Q.25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Não foi observada diferença significativa entre as análises dos diferentes grupos pesquisados, pois em cada grupo as equivalências obtidas nas relações entre as questões do WHOQOL-bref e as dimensões de saúde e bem-estar demonstraram-se muito próximas.

Finalizando a segunda rodada, foi possível encontrar um consenso de 83,3% das questões do “WHOQOL-bref” em associação com as dimensões de Promoção da Saúde propostos por Labonte, lembrando que não utilizamos as duas primeiras questões do instrumento por motivos já explicitados. As dimensões Energia Vital e Vida Comunitária obtiveram consenso de 42,10% cada e a dimensão Projeto de Vida 15,8%.

Somente três questões do “WHOQOL-bref” não possuíram relação consolidada com as dimensões de “saúde e bem estar” de Labonte. Tais questões são:

Q.26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como desespero, ansiedade, depressão?

Q.21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Q.11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Segundo Power (2008, p.52), durante a construção do “WHOQOL-bref”, teve-se como achado notável:

O de que, enquanto os especialistas tinham colocado atividade sexual no domínio físico, os dados mostraram-se que ao invés disso, os participantes da pesquisa consideraram tal item como parte das relações sociais, para o qual foi deslocado posteriormente.

De acordo com as pesquisas anteriores e com o resultado desta pesquisa, observa-se o grau de complexidade que é tratar da questão referente à atividade sexual, pois há diferenças de entendimento e da incorporação de sexualidade entre os grupos sociais e entre os indivíduos.

Também podemos trazer a experiência da questão referente à atividade sexual para as questões que dizem respeito a sentimentos negativos e aceitação da aparência física, que pode não ter sido elencadas em nenhuma dimensão devido ao grau de subjetividade que carregam consigo.

6. Discussão

6. DISCUSSÃO

6.1. O “WHOQOL-BREF” E AS DIMENSÕES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE LABONTE

a) Energia Vital

A dimensão Energia Vital é relacionada ao grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar a vida diária. Houve uma associação de 42,10% de questões do “WHOQOL-bref” com este domínio.

Portanto, questões que envolvem dor, tratamento médico, grau de concentração, energia para o dia a dia, qualidade do sono, aproveitamento da vida, capacidade de locomoção, capacidade de desempenhar as atividades cotidianas e capacidade para o trabalho foram consideradas avaliativas para a dimensão da Energia Vital como demonstrado no quadro 6.

De acordo com os resultados, as questões que se enquadraram nesta dimensão são intimamente relacionadas com a presença de morbidades e a saúde no seu aspecto biológico. No entanto, colabora para a visão ampliada do biológico, pois se preocupa em analisar o quanto a comorbidade interfere no cotidiano do indivíduo e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Segundo Power (2008), o domínio físico do “WHOQOL-bref” tem como facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e descanso; mobilidade; atividades de vida cotidiana; dependência de medicações e de tratamentos; e capacidade para o trabalho.

O grau de concentração, ainda segundo Power (2008), está no domínio psicológico. No entanto, neste estudo, a questão referente ao grau de concentração foi considerada como fazendo parte da dimensão Energia Vital.

Tal diferença pode ter sido ocasionada devido à distinção conceitual que Labonte (1996) delimita para o aspecto da saúde mental, sendo esta abrangente ao domínio “projeto de vida” e tendo na relação com os demais domínios, as interfaces de ação “habilidades para fazer o desejado” e “ter controle sobre a vida”.

Portanto, segundo Labonte (1996), a saúde mental, explicitada na questão sobre capacidade de concentração tem ligação com o domínio Energia Vital, também em conformidade com o julgamento dos especialistas deste trabalho.

De acordo com Lopes e Dantas (2006, p.31), “o clínico, no exercício competente da profissão, necessita desenvolver e aplicar uma visão holística, de inteireza, às queixas e aos problemas de saúde de seus pacientes”.

Ainda segundo Lopes e Dantas (2006), a qualidade de vida é um conceito subjetivo percebido de harmonia biopsicossocial de cada indivíduo, dependente de múltiplas variáveis. “O clínico é essencialmente um educador em saúde, que atua para restaurar, proteger e promover a saúde de seus pacientes” (p. 32).

A vitalidade deve ser um dos primeiros e mais importantes indicadores do estado de saúde do ser humano, manifestando-se concretamente nos seus atos e no comportamento adotado diante das situações usuais e críticas experimentadas por todos, bem como inferida a partir de seus relacionamentos (Lopes, Dantas, 2006, p. 32).

A existência de doenças orgânicas, limitando o desempenho de atividades diárias, ou de dores crônicas provocando permanente desconforto físico e psíquico são exemplos de variáveis do domínio físico e reforçam a noção de totalidade do ser humano (Lopes, Dantas, 2006).

Segundo Tufik, Mello e Esteves (2006), a qualidade do sono está intrinsecamente ligada à qualidade de vida, dessa forma, a má qualidade e quantidade do sono inferior à necessidade de cada indivíduo são indicadores sensitivos de muitos tipos de doenças.

Pessoas comprometidas por distúrbios do sono (apnéia do sono, narcolepsia, síndrome das pernas inquietas e insônia) têm demonstrado uma QV inferior antes do tratamento, principalmente em relação ao sono e à fadiga, o que é minimizado após o término ou até mesmo no início do tratamento (Tufik, Mello e Esteves, 2006, p.60).

De acordo com o demonstrado, as questões escolhidas como pertencentes ao campo de energia vital tem grandes potencialidades de avaliar tal dimensão, com a finalidade de elucidar necessidades de ações de Promoção da Saúde e colaborar com a *reorientação dos serviços de saúde*. Assim, permite a superação do modelo biomédico, centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa desenvolvida nos estabelecimentos médico-assistenciais cujo foco essencial é a intervenção (Buss, 2000).

b) Projeto de Vida

A dimensão Projeto de Vida representa as emoções, aspirações e desejos, que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo.

Para esta dimensão, tiveram consenso questões referentes ao sentido da vida, satisfação consigo mesmo e satisfação financeira, como demonstrado no quadro 6. Houve associação com consenso em 15,8% das questões do “WHOQOL-bref” com tal domínio.

Segundo Labonte (1996), o domínio Projeto de vida está inserido no campo da saúde mental, com a ampliação nas interfaces com Energia Vital e Vida Comunitária.

Dessa forma, podemos fazer um paralelo com as facetas do domínio psicológico do “WHOQOL-bref” com uma visão ampliada, considerando as dimensões de saúde e bem estar de Labonte.

Para Power (2008), o domínio psicológico do “WHOQOL-bref” consiste de facetas como: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais (quadro 1).

De acordo com Power (2008), a satisfação financeira está no domínio do meio ambiente. No entanto, nesta pesquisa, os especialistas consideraram que esta questão teve relação com o Projeto de Vida, pois traz embutidas as aspirações e desejos do indivíduo.

Segundo Coppini e Jorge (2006, p. 65):

O conceito de saúde amplia-se e o bem estar passa a ser um aspecto tão importante quanto à ausência de doença. Consequentemente, a satisfação do indivíduo com a vida e sua adaptação a uma condição mórbida tornam-se componentes importantes em um planejamento terapêutico.

O parágrafo anterior incorpora a reflexão ampliada de saúde e a importância de agregar a percepção do indivíduo quanto ao seu bem-estar para o sucesso de um projeto terapêutico. Esta concepção incorpora a essência da clínica ampliada, que direciona para o projeto terapêutico singular.

Segundo Beker e Intagliata (1982) apud Copini e Jorge (2006, p. 67):

Em termos de indicadores psicológicos, são duas as abordagens mais utilizadas na operacionalização da qualidade de vida percebida: uma medida geral de bem-estar, felicidade ou satisfação e outras medidas que avaliam o afeto, auto-estima e a reação individual em relação às várias áreas da vida (saúde, trabalho, moradia, educação, transporte, segurança, relacionamento social e familiar, finanças, etc.), identificadas empírica ou conceitualmente.

Neste trabalho, observou-se que o WHOQOL-bref incorpora a medida geral de bem-estar nos indicadores psicológicos e considera as várias áreas da vida (saúde, trabalho, moradia, educação, transporte, segurança, relacionamento social e familiar e finanças) na incorporação de tais indicadores.

c) Vida Comunitária

A dimensão Vida Comunitária expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno, por meio das representações e demais instituições sociais, perfazendo 42,10% das questões do “WHOQOL-bref” consensuadas.

Portanto, as questões que envolvem segurança, ambiente físico, oportunidades de atividades de lazer, relações pessoais, apoio de amigos, condições do local onde mora, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação com o meio de transporte, foram consideradas avaliativas para o domínio Vida Comunitária, como demonstrado no quadro 6.

Na divisão original dos domínios do “WHOQOL-bref”, tais questões são facetas dentro do domínio meio ambiente, como demonstrado no quadro 1.

Para Labonte (1996), a dimensão vida comunitária está inserida no campo social e relaciona-se com as demais dimensões formando as interfaces ter controle sobre a vida e relações sociais, conforme a figura 1.

Segundo Pujol, Carvalho e Faria (2006, p.165):

A concretude da qualidade de vida se dá a partir do que cada indivíduo considera ser satisfação de suas necessidades e de seu bem estar, levando em conta a participação consciente do usuário na conquista e na manutenção de seu bem estar, na responsabilidade e escolha pessoal do que acredita ser ideal para uma vida digna, satisfatória e com aproveitamento de seu potencial.

Pujol, Carvalho e Faria (2006, p.166), concluíram que “o fator principal para que o indivíduo seja saudável não é apenas a existência de um mal físico, mas, sim, a sua satisfação em relação à vida e ao que considera para si”.

As questões referentes à dimensão da Vida Comunitária remetem à satisfação com o meio ambiente, portanto a relação com a comunidade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida. Assim, podemos inferir que o meio social interfere na saúde da população na medida em que incorpora hábitos, costumes e também propicia a relação de apoio entre os membros da comunidade, sendo importante que o profissional de saúde trabalhe com a noção de cidadania nas relações.

6.2. CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida “WHOQOL-bref” demonstrou ser capaz de promover a fase de sensibilização conjunta dos técnicos e da população, pelo qual se discute o que representa a qualidade de vida para o grupo.

De acordo com Westphal (2007), o objetivo da Promoção da Saúde é a melhoria da qualidade de vida e possibilita a gestão de políticas públicas.

Constatou-se que o “WHOQOL-bref” pode contribuir com a integralidade e intersetorialidade, ambas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Ao abranger questões referentes à segurança, ao ambiente físico, às oportunidades de atividades de lazer, às relações pessoais, ao apoio de amigos, às condições do local onde mora, ao acesso aos serviços de saúde e ao grau de satisfação com o meio de transporte, relacionadas no domínio Vida Comunitária, o “WHOQOL-bref” demonstrou contribuir com a intersetorialidade. Dessa forma, suas questões oportunizam a constatação de diferentes necessidades e campos de ação para a Promoção da Saúde.

A partir da incrementação de questões relacionadas ao meio social, há a possibilidade da articulação dos distintos setores que operacionalizam políticas públicas capazes de modificar os condicionantes do processo saúde doença.

Ao considerar na definição de qualidade de vida a percepção do indivíduo no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive e ao relacioná-lo aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, o “WHOQOL-bref” demonstra contribuir com a Integralidade. Assim, abarca questões que vêem o indivíduo em seus diversos aspectos; conforme demonstrado neste estudo.

6.3. CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA AMPLIADA

O WHOQOL-bref demonstrou contribuir para a ampliação do olhar do profissional de saúde na prática clínica, pois evidenciou ter relação com todas as dimensões que direcionam para ações de promoção da saúde, sendo: Energia Vital, Projeto de Vida e Vida Comunitária.

De acordo com Campos e Amaral (2007) considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico que além de buscar a saúde por seus diferentes meios (curativos, preventivos, de reabilitação, ou com cuidados paliativos), poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários.

Ao relacionar-se com os domínios Projeto de Vida e Vida Comunitária, o WHOQOL-bref propicia o acréscimo para ações intersetoriais, necessárias também para ampliar a clínica tradicional. Tais ações buscam outros conhecimentos em diferentes setores e co-responsabilização dos setores para propiciar a qualidade de vida da população.

6.4. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Teve-se como principal limitação a impossibilidade de mobilizar todos os juízes escolhidos para fazer parte do grupo de pesquisados.

Na primeira rodada de questões, entre os 14 pesquisadores de promoção da saúde escolhidos para compor o quadro de juízes, somente 9 aceitaram colaborar com a pesquisa. Entre os de qualidade de vida, foram escolhidos 18 e somente participaram 7 pesquisadores.

Portanto, houve uma perda na primeira rodada de 16 juízes, o que significa 50% da população que seria pesquisada.

Na segunda, rodada foram convocados todos os pesquisadores que responderam a primeira etapa, no entanto 1 pesquisador de promoção da saúde e 2 de qualidade de vida não responderam esta fase e não justificaram sua ausência.

Portanto, participaram da segunda rodada 8 pesquisadores da área de promoção da saúde e 5 de qualidade de vida. Dessa forma, ocorreu mais 3 perdas do quadro de juízes.

Assim, do quadro de juízes escolhidos desde o início da pesquisa até a segunda rodada, houve uma perda de 19 juízes, o que soma 59,37% do quadro de pesquisadores selecionados.

Considera-se que quanto maior a amostra, mais fidedigno é o resultado. Portanto, há necessidade de mais estudos que aprimorem a relação do “WHOQOL-bref” com as dimensões de saúde e bem estar de Labonte.

Também não foi realizado o avanço da pesquisa para a análise das questões do WHOQOL-bref com as interfaces das dimensões de saúde e bem estar que constituem campos de ação da Promoção da Saúde na perspectiva de Labonte.

7. Conclusão

7. CONCLUSÃO

O “WHOQOL-bref” evidenciou-se como uma possível ferramenta para auxiliar na captação das dimensões de Promoção da Saúde da população, pois 83,3% das questões deste tiveram relação com as dimensões de “Saúde e Bem Estar” de Labonte.

Demostrou ter maior relação com as dimensões Energia Vital e Vida Comunitária (42,10% ambos) e menor relação com Projeto de Vida (15,8%). Desta forma, o instrumento apresenta-se como potencial para ampliar a discussão relativa a tais domínios.

Observaram-se diferenças de entendimentos entre os pesquisadores para elencar as questões referentes à atividade sexual, sentimentos negativos e aceitação da aparência física nas dimensões de “saúde e bem estar”. Este fato pode ter ocorrido devido ao grau de subjetividade que tais questões carregam consigo e, portanto, as mesmas devem ser mais bem trabalhadas com os pesquisadores e profissionais de saúde em outras pesquisas e até mesmo na prática clínica.

Há a necessidade de mais estudos que aprimorem essa relação, bem como a possibilidade de criação de novos instrumentos captadores das necessidades de saúde da população que contemplem algumas ou todas as questões do “WHOQOL-bref”.

Também se pôde concluir que a utilização do WHOQOL-bref na atenção primária permite colaborar para captar as ações necessárias de Promoção da Saúde nos campos da Integralidade e Intersetorialidade. E, ao considerar a percepção de bem-estar do indivíduo, também contribui para a reorientação dos serviços de saúde, principalmente permitindo a superação do modelo exclusivamente biomédico.

Ainda segundo Ministério da Saúde (2006), persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para a identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber:

integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

O presente estudo pôde contribuir com o desafio proposto pelo Ministério da Saúde, pois apresenta uma proposta de utilização de um instrumento validado internacionalmente sobre a qualidade de vida aproximando-a das ações de Promoção da Saúde, importantes para ampliar a visão do profissional frente a questões referentes à vida particular de cada indivíduo que influenciam no processo saúde-doença, propiciando uma compreensão ampliada de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: Seminário Temático Permanete da ANVISA; 2000 out. 18; Brasília, DF. Brasília: ANVISA; 2000.
- Alves ALA, Salim FM, Martinez EZ, Passos ADC, Prado de Carlo MMR, Scarpelini S. Qualidade de Vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(1):154-60.
- Bech P. Quality of life measurements for patients taking which drugs? The clinical PCASE perspective. *Pharmacoeconomics*. 1995; 7(2):141-51.
- Belasco AGS, Sesso RC. Qualidade de Vida: Princípios, Focos de Estudo e Intervenções. In: Diniz DP, Schor N, coordenadores. *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri, SP: Manole; 2006. p.1-10.
- Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):732-4.
- Blay LS, Merlin MS. Desenho e metodologia de pesquisa em Qualidade de Vida. In: Diniz DP, Schor N, coordenadores. *Guia de Qualidade de Vida*. Barueri, SP: Manole; 2006. p.19-30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde . Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília; 2006.

Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. Rev Saúde Colet. 2007; 17(1): 77-93.

Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. Ciênc & Saúde Colet. 2000; 5(1): 163-78.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência & Saúde Colet. 2007; 12(4):849-59.

Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção da saúde. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2008; 32(2):232-40.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc & Saúde Colet. 2004; 9(3): 669-78.

Cassiani SHB, Rodrigues LP. A técnica de Delphi e a técnica do grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. Acta Paul de Enferm. 1996;9(3):76-83.

Chatterji S, Bickenbach J. Considerações sobre qualidade de vida. In: Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.p.40-47.

Chiesa AM. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família. Rev Nursing. 2003;64(6):40- 6.

Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. [tese

livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Coppini R, Jorge MR. Qualidade de vida e transtornos mentais graves. In: Diniz DP, Schor N. Guia de qualidade de vida. Barueri, SP: Manole, 2006. p.65-78.

Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Dantas RA, Sawada MO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev. Latino-am. Enferm. 2003; 11(4):532-38.

Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdades em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. Ciênc & Saúde Colet. 2003;8(2):461-70.

Duarte PS, Ciconelli RM. Instrumentos para avaliação de qualidade de vida: genéricos e específicos. In: Diniz DP, Schor N. Guia de Qualidade de Vida. Barueri, SP: Manole; 2006. p.11-18.

Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(1): 259-73.

Fazollo AS. Auditoria de enfermagem: identificando sua concepção e métodos [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):33-8.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):352-8.

Labonte R. *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*. Toronto (Canadá): Center for Health Promotion/ University of Toronto; 1996.

Lopes AC, Dantas F. O papel do clínico na melhoria da qualidade de vida. In: Diniz DP, Schor N. *Guia de qualidade de vida*. Barueri, SP: Manole; 2006. p.31-34.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde colet.* 2000;5(1):7-18.

Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enferm.* 2005 ;13(3):423-31.

Organização Mundial da Saúde – Grupo WHOQOL Brasil [homepage na Internet]. Rio Grande do Sul [citado 1994, acesso em jan. 2010]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>.

Okley P, Clayton A. Monitoramento e avaliação do empoderamento: documento originalmente publicado por INTRAC. São Paulo: Instituto Polis; 2003.

Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev. Saúde Pública.* 2011;45(1):153-65.

Penteado RZ, Pereira IMTB. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev. Saúde Pública.* 2007;41(2):236-43.

Power M. Qualidade de vida: visão geral do projeto WHOQOL. In: Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.48-59.

Prutkin JM, Feinstein AR. Quality-of-life measurements: origin and pathogenesis. [Yale J Biol Med](#). 2002; 75(2):79-93.

Pujol CRN, Carvalho EMF, Faria SM. Serviço social e qualidade de vida. In: Guia de qualidade de vida. Diniz DP, Schor N. Barueri, SP: Manole; 2006. p.165-170.

Rocha AD, Okabe I, Martins PHB, Mello TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? Ciênc. Saúde Colet. 2000;5(1):63-81.

Rocha NS, Fleck MPA. Validade da versão brasileira do WHOQOL-bref em pacientes deprimidos usando o modelo de Rash. Rev de Saúde Pública. 2009;43(1):147-53.

Silva LT. Construção e validação de um instrumento para mensuração de ocorrência de problema ético na atenção básica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração da dissertação. 3ª Ed. Santa Catarina:Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 2001. 121p.

Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam na atenção primária de saúde. Rev Esc Enferm USP. 1999; 3(2): 207-16.

Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública. 2002;18 Supl:153-62.

Tufik S, Mello MT, Esteves AM. Sono, distúrbios do sono e qualidade de vida. In: Diniz DP, Schor N. Guia de qualidade de vida. Barueri, SP: Manole; 2006. p.55-64.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p.531-62.

Vieira EM et al. Classification of families according to their needs: strategy for managing health inequalities. In: Anais do 16º World Congress of Family Doctors; 2001 mai. 13-17; Durban, África do Sul. Modificado por equipe

NSF3. CSE – FMSP – USP. In: Craco PF. Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006: Rio de Janeiro, ed .Fiocruz.

Westphal MF. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: Fernandes JCA, Mendes R. Promoção da Saúde e Gestão Local. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

Wright JTC, Giovanazzo RA. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cadern. de pesq. em adm. 2000;1(2): 54-65.

Apêndices

APÊNDICE 1 – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AOS PARTICIPANTES SELECIONADOS

Estudo Delphi: POTENCIALIDADES DO INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA “WHOQOL-BREF” PARA IDENTIFICAR AS ESFERAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA VISÃO DE ESPECIALISTAS

Eu Débora Gomes Barros, discente do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa, estou realizando uma pesquisa que pretende verificar e descrever os limites e possibilidades do instrumento de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref” para a utilização em ações de promoção à saúde.

Por sua experiência em estudos na área de Promoção da saúde e/ou de qualidade de vida, foi escolhido(a) para participar desta pesquisa.

Segundo CAMPOS e NETO (2008), a medida de qualidade de vida tem sido uma proposta como instrumento para verificar a saúde da população e incentivar medidas de Promoção da Saúde, dando subsídio na definição de prioridades, no racionamento de recursos, em intervenções ou na implantação de políticas públicas, implantação de novas políticas e práticas de intervenção.

BAUSELL (1998) apud MINAYO, HARTZ e BUSS (2000, p. 16), “julgam que, dada a grande abundância das atuais medidas de qualidade de vida, essas deveriam ser consideradas como o ponto de partida para as políticas de atenção à saúde”.

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para a identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa e que estejam mais associadas às diretrizes propostas na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Demonstra-se de extrema importância para a prática da Promoção da Saúde no âmbito do Modelo Assistencial criado pelo SUS, instrumentos que permitam a captação dos determinantes das condições de saúde, e não somente de doença, da população, com a finalidade de indicar as ações necessárias de Promoção à Saúde.

Com o exposto, verifica-se que os instrumentos de avaliação de qualidade de vida são considerados como potencial para a captação de necessidades no âmbito da promoção à saúde

A OMS (1998) criou dois instrumentos para a avaliação da Qualidade de Vida: o “WHOQOL-100” e o “WHOQOL-bref”. Os mesmos foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes culturas e trazem consigo três aspectos fundamentais quanto ao construto da Qualidade de Vida: a subjetividade; a multidimensionalidade; e a presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor).

O instrumento abreviado de qualidade de vida, o “WHOQOL-bref”, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100).

A escolha pelo instrumento “WHOQOL-bref” e não pelo “WHOQOL-100” se deu, pois além de possuir características psicométricas satisfatórias, o mesmo é um instrumento com menos questões, sendo de mais fácil aplicação e, portanto, mais viável de ser aplicado na atenção primária.

OBJETIVO

Verificar e descrever os limites e possibilidades do “WHOQOL-bref” para identificar as dimensões de “saúde e bem estar” proposta por Labonte.

METODOLOGIA

A técnica Delphi tem por objetivo obter consensos de alto nível de qualidade para uma dada questão apresentada a especialistas.

Trata-se de um questionário interativo, que circulará por, no mínimo duas vezes, entre o grupo de especialistas com uma representação estatística.

Na primeira rodada os participantes recebem um questionário e são solicitados a responder com respostas quantitativas, apoiadas por justificativas e informações qualitativas, sendo realizado *feedback* de respostas do grupo pelo pesquisador para rodada subsequente, a fim de que se chegue no melhor índice de consenso.

O questionário estará indexado no site: <http://qlqt.ipdsc.com.br>, com prazo para as respostas e devolução das mesmas em 15 dias. Com base na tabulação e análise dos dados, o pesquisador irá associar os principais argumentos às diferentes tendências das respostas.

É assegurada aos participantes a proteção da privacidade e confidencialidade. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP, e-mail: edipesq@usp.br

Caso responda positivamente a este e-mail, dizendo sim aceito, será considerado como consentimento para a participação da pesquisa.

Desde já agradeço!

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa,

Débora Gomes Barros

e-mail: debygb@yahoo.com.br

tel: (15) 97530424/ (11) 38039498

APÊNDICE 2 – Comentários apontados pelos sujeitos da pesquisa na primeira e segunda rodada

Em algumas questões houve respostas indicando que a mesma não se relacionava com nenhum domínio citado e, quando havia este tipo de resposta, era proposto no instrumento de pesquisa uma justificativa.

Teve tal resposta com as justificativas as questões abaixo:

- Q.7. “O quanto você consegue se concentrar” – um pesquisador de promoção da saúde referiu que não se relaciona com nenhum dos domínios citados e justificou:

J.1. “Se relaciona efetivamente com a interface - habilidade para fazer o desejado”.

A resposta acima demonstra que, mesmo este pesquisador ter respondido que a questão não se relaciona com os domínios citados, o mesmo afirma que tem relação com a interface habilidade para fazer o desejado. Portanto, se a questão tem relação com tal interface, possui relação com os domínios Energia Vital e Projeto de Vida na concepção deste pesquisador.

- Q.11. “Você é capaz de aceitar sua aparência física?” – houve a justificativa de dois pesquisadores de Qualidade de Vida:

J.2. “Aceitar a aparência está relacionado com imagem corporal”

J.3. “Pois essa questão relaciona-se a um domínio no âmbito psicológico, de auto-estima”.

A necessidade de abordar a questão de aparência física numa segunda rodada e estas duas justificativas acima demonstram a dificuldade que se tem em trabalhar com as questões subjetivas de imagem corporal, mesmo para pesquisadores da área de promoção da saúde e qualidade de vida.

- Q. 12. “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?” – houve justificativa de um pesquisador de Qualidade de Vida.

J.4. “Essa questão pode afetar todas as dimensões acima citadas, porém nenhuma das dimensões contempla especificamente a questão econômica”.

A justificativa acima não condiz com as demais respostas da pesquisa, pois tal questão obteve consenso com o domínio Projeto de Vida. A questão não pergunta o quanto o indivíduo recebe pelo seu trabalho e sim se o mesmo está satisfeito com o que recebe para atingir os seus bens materiais, ação ligada ao projeto de vida de cada indivíduo, segundo a resposta da maioria dos entrevistados.

- Q.13. “Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?”

Houve a justificativa de um pesquisador de Qualidade de Vida:

J.5.” Nenhuma dessas dimensões nos permite correlacionar essa questão”.

E outra de um pesquisador de Promoção da Saúde:

J.6. “Neste caso se relaciona com a interface relações sociais, uma vez que a informação pode estar associada as diferentes formas de obtenção.

A justificativa 6, demonstra que, para este pesquisador, a questão 13 possui relação com as dimensões Energia Vital e Vida Comunitária, pois tais dimensões formam a interface relações sociais.

- Q.15. “Quão bem você é capaz de se locomover?”

Para esta questão houve a discordância de um pesquisador de qualidade de vida que justificou:

J.7.” Está relacionado com independência física”.

A questão da locomoção tanto pode ser entendida como independência física, relacionada à capacidade física (Energia Vital) como dependente das condições dos meios de transporte utilizados (Vida Comunitária), tal questão foi para a segunda rodada para nova análise.

- Q.20. “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?”

Para esta questão houve um pesquisador da área de promoção da saúde que respondeu que a mesma não se relacionava a nenhum dos domínios e justificou:

J.8. “Novamente se relaciona com a interface relações sociais, uma vez que para estabelecer relações pessoais a pessoa deve estar com condições físicas e estar inserida em grupos ou ter vida comunitária”.

Esta justificativa afirma a relação de tal questão nos domínios Energia Vital e Vida Comunitária.

- Q.23. “Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?”

Um pesquisador da área de qualidade de vida respondeu que não se relaciona com nenhum dos domínios e justificou:

J.9. “Nenhuma dessas dimensões contempla a questão da moradia”.

O local onde a pessoa mora contempla, além da moradia, o meio social em que vive.

- Q.24. “Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?”

Justificativa do pesquisador da área de qualidade de vida que referiu que a questão não se relaciona com as dimensões:

J.10.” Nenhuma dessas dimensões contempla a questão da acessibilidade”.

Um pesquisador da área de promoção da saúde faz um comentário sobre esta questão e relacionou a um domínio:

J.11. “Se relaciona com a dimensão macro-estrutural de construção de políticas públicas”.

- Q.25. “Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte”?

Um pesquisador de qualidade de vida justificou:

J.12. Nenhuma dessas questões relaciona-se aos meios de transporte utilizados.

De acordo com as justificativas de alguns pesquisadores na primeira rodada, observou-se a necessidade de trabalhar melhor os conceitos das dimensões de Saúde e Bem Estar de Labonte para ambos os grupos pesquisados, bem como melhorar o entendimento de algumas questões do “WHOQOL-bref”.

Ao final da pesquisa houve a possibilidade dos pesquisadores fazerem comentários abertos caso desejassem, os mesmos seguem abaixo:

C.1. “No meu estudo observei que as pessoas que apresentavam menor grau de escolaridade estavam mais satisfeitas com a vida delas do que as que tinham curso superior e pós-graduação. Sempre quem mais tem, vive em busca de ter mais ainda, demonstrando uma angústia por não ser melhor. Entretanto, os que tinham menor renda financeira mensal eram mais felizes com a vida deles do que quem tinha maior renda mensal”.

C.2. “Considero que o trabalho faz uma relação interessante entre o instrumento WHOQOL e Promoção da Saúde. Ele será muito importante para avaliação de intervenções direcionadas à promoção de saúde, o que têm sido um desafio para pesquisadores desta área. Algumas questões do instrumento estão mais ligadas as interfaces das dimensões de Labonte, do que propriamente as dimensões de forma geral como por exemplo a questão

sobre disponibilidade de informações, que considero relacionada à interface Controle sobre a vida”.

C.3. “Minha tendência foi selecionar as três categorias em todas as questões, mas tentei diferenciar minhas repostas para que o peso da escolha de cada categoria fosse mais significativa”.

C.4. “Estou muito honrada com a oportunidade de participar desta pesquisa, pois acredito que as ações de promoção da saúde ampliam as oportunidades de desenvolvimento do ser individual e coletivo e acredito também que a incorporação deste conceito pelos serviços de saúde é o caminho para conquistarmos uma população qualitativamente saudável”.

Na segunda rodada somente duas pessoas fizeram seus comentários finais:

C5. “Parabéns pela pesquisa, espero que tenham sucesso. Este tema é muito interessante e merece atenção devido a dificuldade do trabalho com estes conceitos abstratos e subjetivos e com a articulação da QV e questões práticas da assistência à saúde, que são de extrema relevância social”.

C6. “Acho que algumas perguntas foram muito indutivas”.

O comentário 5 demonstra o reconhecimento da importância e relevância do estudo para a prática assistencial que vive o momento de agregar os conceitos de Promoção da Saúde à prática, no entanto não sabe como ou não possui ferramentas adequadas para a incorporação dos mesmos.

O comentário 6 remete à metodologia de pesquisa utilizada que foi o estudo Delphi, tal tipo de pesquisa propõe obter consensos a partir de um grupo de especialistas e para que haja tais consensos é necessário haver a afirmação de alguma premissa ou teoria por parte do pesquisador, tal ação pode ser indutiva, o que não exclui a validade do consenso.

Anexos

Anexo 1: O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

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, por favor, 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 e 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 no seu 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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com 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	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência 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 2 - Instrumento de classificação de risco da família

Extraído de: Craco, P.F. Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2005; Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FAMÍLIA VERMELHA

	Acidente vascular cerebral		Idoso solitário, acamado
	Baixas condições econômicas		Infarto Agudo do Miocárdio
	Bebês < 6 meses		Obesidade
	Colesterol alto		Pessoas com câncer
	Criança sem escola		Pobreza extrema
	Criança < 1 ano sem acompanhamento		Problemas mentais
	Diabetes com complicações		Trombose
	Doenças graves descontroladas ou descompensadas		Violência doméstica, abuso sexual
	Gestação de alto risco		Problemas cardíacos
	Gestação com acompanhamento irregular ou sem acompanhamento		Elitista grave, Etilismo grave
	Tabagista grave, tabagismo grave		Usuário de drogas (etilismo, tabagismo)
	Tabagismo = infecção respiratória		

FAMÍLIA AMARELA

	Deficiência física		Problemas respiratórios
	Diabetes controlada		Problemas neurológicos
	Depressão leve		Problemas ginecológicos
	Doenças graves controladas ou leves descontroladas		Problemas Hematológicos
	Epilepsia		Problemas endócrinos
	Problemas gástricos		Osteoporose
	Gestante em acompanhamento		Alergia
	Hipertensão controlada		Elitismo
	HIV com acompanhamento		Tabagismo
	< 1 ano e adolescentes		Problemas articulares
	Problemas circulatórios		Patologia prostática
	Problemas na coluna		Reumatismo

FAMÍLIA VERDE

	Aparentemente não possui problemas		Visita domiciliar mensal
--	------------------------------------	--	--------------------------

ANEXO 3 – Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa da EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 19 de março de 2010.

Ilm.^a Sr.^a

Débora Gomes Barros

Ref.: Processo nº 901/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Potencialidades do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida *whoqol-bref* para identificar as esferas de promoção da saúde na visão de especialistas**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em azul da Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes.

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 4 – A base de análise: Dimensões de Saúde e bem estar de Labonte

Labonte (1996) é um pesquisador da área de Promoção à Saúde do Canadá e trouxe sua influência a estudos do Brasil, o mesmo elaborou um diagrama sobre as dimensões de saúde e bem estar, focos da promoção à saúde. As dimensões estão relacionadas à ampliação do objeto de ação e as interfaces representam o escopo de ação no campo da Promoção da Saúde, apresentadas na figura I.

Figura I: Dimensões de Saúde e Bem-Estar apresentadas por LABONTE, a partir de BAXTER

De acordo com o diagrama e tendo visto o instrumento “WHOQOL-bref”, podemos fazer associações entre as questões do instrumento e as dimensões e interfaces do diagrama de Labonte.