

Artigo original

Qualidade de vida e saúde: em foco o Programa Saúde da Família

Lislaine Aparecida Fracoli, D.Sc.* , Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, D.Sc.* , Anna Maria Chiesa* ,
Danielle Freitas Alvim de Castro, M.Sc.** , Débora Gomes Barros, M.Sc.***

Enfermeira, Profa. do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, **Enfermeira, Doutoranda em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, Bolsista CAPES, *Enfermeira, Escola de Enfermagem da USP*

Resumo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza ações que potencialmente podem aumentar a Qualidade de Vida da população. Este estudo teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida dos moradores de um território adscrito à ESF em comparação ao risco de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com desenho de estudo de caso, que utilizou o inquérito WHOQOL-bref. Foram sujeitos desta pesquisa 230 pessoas assistidas pela ESF em um distrito de São Paulo. Os resultados mostraram que 49,1% dos entrevistados consideravam sua Qualidade de Vida como “boa”. Concluiu-se que a Qualidade de Vida está relacionada à sua condição de saúde e doença e que o investimento na assistência que considera as iniquidades pode colaborar com a sua melhoria.

Palavras-chave: qualidade de vida, Programa Saúde da Família, promoção da saúde.

Abstract

Quality of life and health: the Family Health Program in focus

The Family Health Strategy (FHS) prioritizes actions that potentially can increase the Quality of Life. This study aimed at evaluating the quality of life of residents of a territory ascribed to the FHS in comparison to family's health at risk. This is a quantitative research with case study design, which used WHOQOL-bref instrument. 230 people who attended the FHS in a district of São Paulo participated in this study. The results showed that 49.1% of respondents considered their Quality of Life as “good.” It was concluded that the concept of Quality of Life is related to their health condition and disease and that the investment in caring-related inequalities that can contribute to improve quality of life.

Key-words: quality of life, Family Health Strategy, health promotion.

Artigo recebido em 9 de dezembro de 2011; aceito em 15 de agosto de 2012.

Endereço para correspondência: Danielle Freitas Alvim de Castro, Rua Rosa Dangelo Pisapia, 122, 06020-040 Osasco SP, Tel: (11) 8527-4244, E-mail: dani_facastro@hotmail.com

Resumen

Calidad de vida y salud: el Programa de Salud Familiar en foco

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) prioriza acciones que potencialmente pueden mejorar la calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de moradores de un territorio atribuido a la ESF. Se trata de una investigación cuantitativa, con diseño de estudio de caso, que utilizó el WHOQOL-bref. Fueron sujetos de esta pesquisa 230 personas en un distrito de São Paulo. Los resultados mostraron que un 49,1% de los entrevistados consideraban su calidad de vida como “buena”. Se concluyó que la concepción de calidad de vida está relacionada a su condición de salud y enfermedad y que la inversión en la asistencia que considera las iniquidades puede colaborar para mejorar la calidad de vida.

Palabras-clave: calidad de vida, Programa de Salud Familiar, promoción de la salud.

Introdução

Em 1994, o Ministério da Saúde apresentou a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) para reordenação do modelo assistencial. Esta estratégia baseou-se, sobretudo, em uma assistência à saúde desenvolvida num território adscrito e no processo de vinculação dos profissionais com a população moradora no território. Tem como uma das atividades estratégicas a visita domiciliária que permite à equipe de saúde conhecer os arranjos familiares e os problemas enfrentados, podendo, desse modo, aproximar os profissionais das necessidades reais da coletividade e, a partir disto, estruturar as ações em saúde. Neste contexto, a ESF corrobora para a construção de práticas que, potencialmente, podem aumentar a saúde e a Qualidade de Vida da população [1].

A Qualidade de Vida tem sido 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. Desse modo, a desigualdade social em saúde refere-se às diferenças (moralmente injustas), reproduzidas socialmente na Qualidade de Vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e dos indivíduos [2].

Monitorar Qualidade de Vida aproxima-se da ideia do acompanhamento da melhoria da redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica auferida por um dado agrupamento humano [3].

Segundo Mendes *apud* Rocha, 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 ter direitos” [3].

Autores como Dantas, Sawada e Malerbo concebem o conceito de Qualidade de Vida como subjetivo, afirmando que a percepção da Qualidade de Vida provém do conjunto daqueles que a vivem e daqueles que a observam [4]. Para autores como Minayo, Hartz e Buss, 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 estética existencial. Ao mesmo tempo abrangendo muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e da coletividade [5].

A Organização Mundial da Saúde define Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nas quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” [6].

Em síntese no âmbito da saúde Qualidade de Vida tem sido tomado como um conceito teórico que dá visibilidade à operacionalização do princípio de equidade em saúde. Com base nesse pressuposto o presente estudo teve como finalidade contribuir para a operacionalização da Qualidade de Vida nos serviços de saúde, a partir da avaliação da mesma em moradores de uma área assistida pela ESF no município de São Paulo.

Dentro desta perspectiva o objetivo deste estudo foi avaliar a Qualidade de Vida dos moradores de uma região do município de São Paulo.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, com desenho de estudo de caso, em que a avaliação da Qualidade de Vida foi realizada utilizando-se o inquérito WHOQOL-bref.

O presente projeto foi financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo, além de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os sujeitos receberam todas as orientações, tiraram suas dúvidas e, por livre e espontânea vontade, participaram ou não da pesquisa. (protocolo CEP – CAAE: 0124.162.000-07).

O WHOQOL, enquanto instrumento de avaliação da Qualidade de Vida, foi desenvolvido pela OMS em um projeto multicêntrico. A natureza multidimensional deste instrumento foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou fatores: a) física - percepção do indivíduo sobre sua condição física; b) psicológica - percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; c) do relacionamento social - percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; d) do ambiente - percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive [6].

Além dessas dimensões, através do WHOQOL pode-se obter uma avaliação da Qualidade de Vida de modo global, a qual é mensurada por quatro itens específicos que foram computados em um único escore. O WHOQOL pode ser encontrado em sua forma completa (WHOQOL-100) e abreviada (WHOQOL-bref) [6,7]. O WHOQOL-bref foi utilizado neste estudo por ser de mais fácil aplicação, já que possui menos questões que o WHOQOL-100.

O WHOQOL – bref contém 26 questões, sendo duas gerais e as demais representado cada uma das 24 facetas englobadas em 4 domínios: 1) Físico; 2) Psicológico; 3) Relações Sociais e 4) Meio Ambiente

As respostas por faceta do WHOQOL-bref são obtidas por uma escala do tipo Likert, com cinco pontos (1 a 5), invertidos unicamente nas questões 3,4 e 26.

Tanto os domínios como a QV geral são medidos em relação positiva, ou seja, os escores mais altos significam melhor QV [6,7]. O escore final obtido em cada domínio e na QV geral pode se transformar em dois tipos de escalas: uma de 4 a 20 e a outra de 0 a 100. Neste estudo utilizou-se a escala de 0 a 100, por ser mais facilmente interpretável, dadas as associações com percentuais.

O Cenário de estudo desta pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Administrativo de Raposo Tavares, no município de São Paulo/SP.

Este distrito contava em 2008 com uma população de 101.971 habitantes, as quais possuíam como renda familiar média 5 a 10 salários mínimos. É importante ressaltar que das 21.776 famílias deste Distrito 5.188 eram chefiadas por mulheres (23,82%). Este distrito é o 49º colocado no ranking do mapa de inclusão/exclusão de São Paulo [8].

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde se realizou esta pesquisa trabalha com base na ESF desde 2002 e seu território está subdividido em 6 áreas de abrangência: as áreas Verde, Amarela, Azul, Vermelha, Branca e Lilás. Cada área possui uma equipe com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. A população adscrita à ESF do Jardim Boa Vista é constituída, principalmente, por migrantes nordestinos e mineiros, com alto índice de analfabetismo e vem sofrendo em maior escala pelos problemas de ordem econômica e social, decorrentes da falta de oportunidades por melhores empregos, melhores salários e melhores condições de habitação. Das 6 áreas de abrangência escolheu-se as áreas azul e verde para a investigação, as quais contavam na época com cerca de 1.000 habitantes cada uma, sendo o número de crianças elevado.

Foram sujeitos desta pesquisa um total de 230 famílias. Foram entrevistados os que tivessem 18 anos ou mais, sendo um morador por família, considerando como família aquelas que estavam cadastradas pela ESF. Foram realizadas 130 entrevistas na área azul e 100 entrevistas na área verde, totalizando 230 entrevistados. As duas áreas possuem um total aproximado de 400 famílias adscritas ao território. Os dados foram coletados através de visita domiciliária.

Os dados coletados foram organizados com base no Software SPSS 14.0 (Statistical Package for the Social Sciences) e foram analisados através do registro de frequência simples das informações obtidas e do cruzamento de dados conforme a necessidade do pesquisador. A pontuação dos escores foi realizada utilizando-se a sintaxe do WHOQOL-bref.

Resultados

Características sociodemográficas dos respondentes

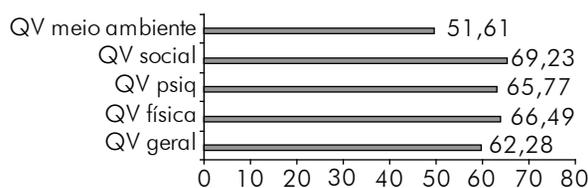
Quanto à escolaridade mais de 40% da população entrevistada não possuía o primeiro grau

completo, em contrapartida menos de 5% possuíam o terceiro grau completo. Quanto ao sexo, 84,4% dos entrevistados eram mulheres, contra 15,7% que eram homens. Há um predomínio de pessoas entre 26 a 45 anos. Assim, a partir destes dados depreende-se que as percepções de QV descritas neste estudo derivam de mulheres, com baixa escolaridade e consideradas adultos jovens.

Qualidade de Vida

Como mostra o gráfico a seguir, o Domínio de Relações Sociais foi o melhor avaliado pelos sujeitos que participaram da pesquisa. O Domínio pior avaliado foi o do Meio Ambiente.

Figura 1 - escores dos domínios de Qualidade de Vida.



Qualidade de Vida Geral

Quando questionados sobre o que achavam de sua Qualidade de Vida, a maioria dos entrevistados consideraram-na como “boa” (49,1%) e como “nem ruim nem boa” (37,8%), como pode ser visto na Tabela I. Quando indagados sobre sua satisfação com a saúde, 53,9% sentiam-se “satisfeitos” e 33% “nem satisfeitos nem insatisfeitos” com a mesma, como pode ser observado na Tabela II.

Tabela I - Tabela descritiva em número e porcentagem sobre a questão “Qualidade de Vida” geral.

Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Favorável		
Boa	113	49,1
Muito boa	16	7
Total	129	56,1
Desfavorável		
Muito ruim	6	2,6
Ruim	8	3,5
Nem ruim nem boa	87	37,8
Total	101	43,9
Total	230	100

Tabela II - Tabela descritiva em número e porcentagem sobre a questão “satisfação com a saúde”.

Quão satisfeito você está com sua saúde?	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Desfavorável		
Muito insatisfeito	2	0,9
Insatisfeito	25	10,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	76	33
Favorável		
Satisfeito	124	53,9
Muito satisfeito	3	1,3
Total	230	100

Qualidade de Vida: Domínio Físico

O Domínio Físico refere-se a questões relacionadas com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade de trabalho.

Eram poucos os que se queixavam de alguma dor que os impediam de fazer algo, mais de 50% disseram que “nenhuma dor os impedia”.

Quando questionados sobre a energia suficiente para o dia-a-dia, 42% dos entrevistados acreditavam que “possuíam quantidade mediana de energia suficiente” enquanto que menos de 5% acreditavam que “não possuíam nada de energia”.

A maioria dos usuários (42%) respondeu que “não necessitava de tratamento médico para levar sua vida diária”, dos que disseram que precisavam de “bastante” (22%) e de “mais ou menos” (20%) de tratamento médico estavam se referindo ao fato de possuírem doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes.

Quanto à capacidade de locomoção, 47% dos entrevistados consideraram sua capacidade como “boa”, 24% “nem ruim nem boa”, 17% “muito boa”, 7% consideraram como “ruim” e, 5% como “muito ruim”. Na pesquisa, entendeu-se locomoção como a capacidade de deslocar-se no espaço.

Quanto ao grau de satisfação para o “desempenho das atividades do dia-a-dia”, 64% dos entrevistados sentiam-se “satisfeitos com sua capacidade”, 18% “nem satisfeitos nem insatisfeitos” e 10% “muito satisfeitos”.

Assim como o grau de satisfação para desempenhar as atividades do dia-a-dia, a maioria dos entrevistados está “satisfeito com sua capacidade para o trabalho” (65%), somente 9% sentem-se “insatisfeitos” e 4% “muito insatisfeitos”.

Quanto ao grau de satisfação com “sono”, 52% dos entrevistados estão “satisfeitos”, 17% “insatisfeitos”, 13% “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, 13% “muito satisfeitos” e 7% “muito insatisfeitos”.

Qualidade de Vida: Domínio Psicológico

O Domínio Psicológico refere-se a questões relacionadas com sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, com autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Quando questionados sobre “o quanto aproveitavam a vida”, muitos não sabiam como responder a esta questão, mas a maioria (37%) disse que “aproveitava bastante a vida”; 34% disse que “aproveitava mais ou menos a vida”, estando um pouco inseguros na sua resposta, pois o significado de aproveitar a vida é peculiar a cada pessoa, dependendo muito de sua cultura, de seus valores, de sua classe social, faixa etária, enfim é um conceito construído socialmente.

Quanto “ao sentido da vida”, 62,2% dos entrevistados acharam que sua vida possuía “bastante sentido”, principalmente pelo fato de serem a maioria mulheres com filhos, considerando esse seu principal sentido na vida.

Quando indagados sobre a “capacidade de se concentrar”, a maioria dos entrevistados (45,65%) disse que conseguia “concentrar-se bastante” e, somente 1,3% disseram que “não conseguiam se concentrar”; sendo a capacidade de concentração umas das premissas para atingir os projetos de vida.

A maioria (35%) “aceitava completamente” sua “aparência física”, sendo que dentre as pessoas que responderam estar satisfeitos com sua aparência física a maioria possuía mais de 40 anos.

Quanto ao grau de “satisfação consigo mesmo”, 67% dos entrevistados sentem-se “satisfeitos”, dado compatível com o grau de satisfação quanto a capacidade para o trabalho e quanto a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

Outro dado relevante é quanto à frequência de “sentimentos negativos” tais como “mau humor”, “desespero”, “ansiedade” ou “depressão”, 50% dos entrevistados referiram ter esses sentimentos “algumas vezes”, 20% “frequentemente” e 13% referiram “sempre” sentir. Esse dado nos mostra o quanto a depressão (em suas diversas facetas) precisa ser tomada como objeto de investigação e de cuidado na Atenção Básica

Qualidade de Vida: Domínio Relações Sociais

O Domínio Relações Sociais refere-se às questões relacionadas a relações pessoais, suporte (apoio) social, e atividade sexual.

Assim como o grau de “satisfação com o trabalho” e “consigo mesmo”, a maioria dos entrevistados disse estar “satisfeito” com suas “relações pessoais” (66%) e, somente 4% disseram estar “insatisfeitos” e 3% “muito insatisfeitos”.

Com relação à “vida sexual”, 55% dos entrevistados disseram estar “satisfeitos”, 19% disseram estar “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, 16% disseram estar “muito satisfeitos” e 13% disseram “não estar satisfeitos”.

Quando questionados sobre a satisfação quanto ao “apoio que recebem dos amigos”, 67% disseram estar “satisfeitos”, 12,6% “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, 11,7% “muito satisfeitos”, 6,5% “insatisfeitos” e 2,2% “muito insatisfeitos”.

Qualidade de Vida: Domínio Meio Ambiente

O Domínio Meio Ambiente refere-se às questões relacionadas com 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), e transporte.

Cerca de 50% dos entrevistados consideram-se “seguros no seu dia-a-dia”. Informação que causa surpresa dado os altos índices de violência do município de São Paulo e dado que os respondentes moram em uma região da periferia desse município. Assim parece que a percepção de segurança não está relacionada à segurança pública e sim a ações e medidas individualmente tomadas para proteção e segurança.

A maioria dos entrevistados (46,09%) considerou seu “ambiente mais ou menos saudável” e cerca de 20% “bastante saudável”, não levando em conta o nível de poluição e barulho que uma cidade como São Paulo os expõe.

Poucos referiram possuir “muito ou completamente” o dinheiro necessário para satisfazer suas necessidades, enquanto que quase 50% referiram “médio” e 40% referiram possuir “muito pouco” dinheiro necessário para satisfazer as necessidades, caracterizando novamente a realidade social da população estudada.

Apesar de vivermos numa era em que as pessoas têm fácil acesso à comunicação, 50% consideraram “média” a “disponibilidade às informações”.

Quanto à oportunidade de atividades de “lazer”, 33% das pessoas responderam que têm “muito pouca oportunidade”, 31% têm “média oportunidade”, 21% não têm “nenhuma oportunidade”, 13% têm “muita oportunidade” e, somente 3% têm “plena oportunidade” de atividade de “lazer”.

Quando indagados sobre a satisfação quanto às “condições do local” onde moram, 53,5% dos entrevistados disseram estar “satisfeitos”, 21,3% disseram estar “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, 9,6% “insatisfeitos” e 6,5% “muito insatisfeitos”.

Quanto ao “acesso aos serviços de saúde”, 58,7% dos entrevistados disseram estar “satisfeitos”, 9,6% “muito satisfeitos”, 21,7% “nem satisfeitos nem insatisfeitos”, 6,1% “insatisfeitos” e 3,9% “muito insatisfeitos”. Este dado demonstra que com o PSF na região houve uma melhoria no acesso aos serviços de saúde, uma vez que a grande maioria dos entrevistados disse estar satisfeito com o acesso ao mesmo.

Quanto ao “meio de transporte”, a maioria dos entrevistados (50,9%) disse estar “satisfeitos”, no entanto 13,9% dos entrevistados “não estão satisfeitos”, “muito insatisfeitos” (13,5%) e “nem satisfeitos nem insatisfeitos” (18,3%), outro dado interessante de compreender, pois, em termos de transporte público a região pesquisada somente possui duas linhas de ônibus que atende, mais uma vez as pessoas devem estar se referindo ao transporte particular.

Discussão

De acordo com os dados obtidos no domínio de Qualidade de Vida Geral, a maioria da população pesquisada considera sua Qualidade de Vida como “boa” e compreende sua situação de saúde como favorável.

Outro aspecto a ser comentado refere-se ao fato que nem todos os domínios tiveram um escore alto para a “Qualidade de Vida”; no domínio “meio ambiente”, por exemplo, a maioria das pessoas referiu ter “pouco dinheiro para satisfazer suas necessidades”, “muito pouco lazer” e “média a disponibilidade à informação”.

Cabe também chamar a atenção quanto à frequência de “sentimentos negativos” tais como “mau humor”, “desespero”, “ansiedade” ou “depressão”,

a maioria dos entrevistados (50%) referiu ter esses sentimentos “algumas vezes”, 20% “frequentemente” e 13% referiram “sempre” sentir.

É possível observar que os “domínios” mais bem avaliados, ou seja, que mais se aproximaram dos escores avaliativos do domínio de Qualidade de Vida Geral foram o “domínio físico”, “o domínio das relações sociais” e o “domínio psicológico”.

Foi possível observar que “dor” e condições “crônicas” como hipertensão e diabetes impactam de forma negativa na avaliação da Qualidade de Vida das pessoas. E possuir uma rede de suporte social adequada e uma boa oferta de serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica parece também ser fatores positivos na avaliação da QV. É importante lembrar que esta avaliação de QV partiu de um grupo de mulheres com baixa escolaridade e que essa condição talvez possa influenciar algumas análises apresentadas acima.

Em síntese pode-se dizer que para os entrevistados o que conta para se ter Qualidade de Vida é ter saúde, ter amigos e sentir-se bem consigo mesmo. A concepção de Qualidade de Vida neste caso está relacionada à sua condição de saúde e doença e o investimento em propostas de assistência que consideram “as iniquidades” no acesso a bens e serviços podem colaborar para a satisfação positiva dos entrevistados quanto à sua Qualidade de Vida.

A Síntese de Indicadores Sociais 2002, lançada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), confirma que o traço mais marcante da sociedade brasileira é a desigualdade. Assim a organização dos serviços de atenção básica, através da ESF, com base na categoria espaço/território e uma opção metodológica para possibilitar uma aproximação entre condições de vida e situação de saúde [8].

Na medida em que o conceito de território ou de espaço transcende a sua condição física ou natural e recupera o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das desigualdades sociais da saúde e um suporte analítico mais adequado para a Qualidade de Vida [8].

Conclusão

Este estudo nos mostrou que a avaliação positiva de questões como segurança, transporte, lazer, rede social estava mais relacionada às ações individuais das famílias do que propriamente a

existência de políticas públicas voltadas para essas áreas na região em estudo.

Estudos epidemiológicos têm consistentemente demonstrado que desigualdades sociais são importantes fatores na distribuição de doenças e mortalidade na sociedade. Uma cidade é necessariamente heterogênea. A identificação de grupos populacionais de maior risco de adoecer ou morrer por determinados agravos vem sendo uma das questões-chaves da prevenção em saúde. Daí a importância de se utilizar instrumentos de classificação de famílias como o utilizado neste estudo. A partir de tais instrumentos se poderá identificar que grupos familiares são mais expostos a adoecer e morrer.

Os serviços de saúde vêm investindo na criação de espaços tecnológicos de escuta, que podem contribuir para a identificação de necessidades e para a avaliação da Qualidade de Vida da população e, assim, colaborar com a operacionalização da equidade e da integralidade, fica aqui a sugestão de que os técnicos das equipes de saúde da família se apropriem do whoqol como um instrumento de avaliação de Qualidade de Vida geral que pode dar pistas sobre necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e relacionadas a outros setores da sociedade (que não o setor saúde).

Trazer para dentro dos serviços de saúde as percepções dos usuários é uma maneira extremamente pertinente de se operar um trabalho em saúde, como base de uma prática sanitária integral e equitativa.

Referências

1. Garrafa V, Costa SIF, Oselka G. A bioética no século XXI. *Bioética* 1999; 7(2):2007-12.
2. 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 Coletiva* 2003;8(2):461-70.
3. Rocha AD, Okabe I, Martins PHB, Mello TC. Qualidade de Vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):63-81.
4. Dantas RA, Sawada MO, Malerbo MB. Pesquisas sobre Qualidade de Vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm* 2003;11(4):532-8.
5. Minayo MCS, Hartz MA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.
6. Fleck MPA, Leal FO, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21(1):19-26.
7. Grupo WHOQOL Brasil. Instrumentos de Qualidade de Vida da OMS. [citado 2011 Out 12]. Disponível em URL: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol>
8. Brasil. IBGE. Brasília (DF). Síntese de Indicadores Sociais; 2002. [citado 2011 Out 12]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf