

Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados

Quality of life: historical context, definition, assessment and associated factors

Alex Pinheiro Gordia

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Amargosa – Brasil
alexgordia@gmail.com

Teresa Maria Bianchini de Quadros

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Amargosa – Brasil
tetemb@gmail.com

Monalyza Tayane Carvalho de Oliveira

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Amargosa – Brasil
mona.tayane@gmail.com

Wagner de Campos

Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil
wagner@ufpr.br

Resumo

O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura referente ao construto Qualidade de Vida (QV), em especial sobre o seu contexto histórico, suas inúmeras definições, seus diversos instrumentos de avaliação e sobre os fatores associados à QV de diferentes populações. A busca dos trabalhos para a presente revisão foi feita em bases de dados eletrônicas (PUBMED, LILACS, SCIELO) e no site de busca Google Acadêmico. O contexto histórico da QV demonstra que o interesse e a discussão sobre a temática são bastante recentes, com um grande crescimento de publicações científicas nas duas últimas décadas. No que se refere à definição de QV, embora o conceito desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde seja bastante aceito, ainda não há um consenso na literatura sobre qual definição melhor representa este construto. Quanto à avaliação da QV, nota-se que a quantidade de instrumentos tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, tanto na perspectiva genérica quanto específica. Instrumentos que estão sendo desenvolvidos por grupos de pesquisa multicêntricos, traduzidos e validados em diversos países, com uma perspectiva transcultural, têm apresentado boa capacidade psicométrica e recebido grande aceitação por estudiosos da área. Com base na produção científica atual há indícios de que a QV parece estar associada tanto a fatores biológicos e comportamentais quanto a aspectos sociodemográficos e culturais, porém a magnitude da interferência destes fatores sobre a QV ainda é desconhecida.

Palavras-chave: qualidade de vida, histórico, definição, avaliação.

Abstract

This study aimed to review the literature on the Quality of Life (QoL) construct, in particular on the historical background, its many definitions, the different assessment instruments and the factors associated with QoL in different populations. The search for this review was done in electronic databases (PUBMED, LILACS, SCIELO) and the site search Scholar Google. The historical context of QoL demonstrates that the interest and discussion on the matter are quite recent, with a great growth in scientific publications in the last two decades. As regards the definition of QoL,

although the concept developed by the World Health Organization is widely accepted, there is still no consensus as to which definition better represents this construct. As the assessment of quality of life, the amount of instruments has increased considerably in recent years, both for the generic or specific. Instruments being developed by multicenter research groups, translated and validated in several countries, with a cross-cultural perspective, have shown good psychometric ability and received wide acceptance by researchers. Based on current scientific evidence the QoL seems to be associated as biological and behavioral factors as sociodemographic and cultural aspects, but the magnitude of the effect of these factors on QoL is unknown.

Keywords: quality of life, history, definition, evaluation.

1. Introdução

Qualidade de vida (QV) é uma expressão comumente utilizada, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança. Não obstante, QV também pode significar todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004).

A QV pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Pode-se dizer também que a QV de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, etc (ADRIANO et al., 2000).

Nesta perspectiva, o termo QV tem sido muito utilizado nas últimas décadas pela mídia, por acadêmicos e em conversas do dia-a-dia devido a crescente preocupação individual e coletiva com a saúde e o bem estar da população (GORDIA, et al, 2010). Contudo, ainda que o interesse sobre a temática QV tenha aumentado recentemente, há diversas lacunas na literatura que ainda precisam ser exploradas, bem como, torna-se necessário à realização de estudos que visem sistematizar o conhecimento produzido até o momento.

Com base neste contexto, o presente estudo teve como objetivo revisar a literatura referente ao construto QV, em especial sobre o seu contexto histórico, suas inúmeras definições, seus diversos instrumentos de avaliação e sobre os fatores associados à QV de diferentes populações.

A busca dos trabalhos para a presente revisão foi feita em bases de dados eletrônicas (PUBMED, LILACS, SCIELO) e no site de busca google acadêmico. No processo de busca os seguintes descritores foram utilizados em língua portuguesa e inglesa: qualidade de vida (quality of life), contexto histórico (historical context), definição (definition), conceito (concept), instrumentos (instruments), avaliação (assessment) e fatores associados (factors associated). Recorreu-se aos operadores lógicos “AND”, “OR” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações. Não foi determinado um período de tempo específico de publicação para a busca e utilização de trabalhos na revisão. Foram utilizados na presente revisão artigos originais e de revisão publicados em periódicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e livros disponíveis online. Trabalhos que tinham apenas o resumo disponível, impossibilitando a leitura do manuscrito na íntegra, não foram utilizados.

2. Contexto histórico e definições da qualidade de vida

A expressão QV possui raízes em duas culturas: oriental e ocidental. Nota-se sua presença na antiga filosofia chinesa referente à sua arte, literatura, filosofia e medicina tradicional, bem como, nas forças positivas e negativas representadas pelas definições de Yin e Yang, as quais, em equilíbrio, representam boa QV. Na perspectiva ocidental, observa-se a QV inicialmente relacionada com a visão aristotélica, a qual descrevia a felicidade como certo tipo de atividade íntegra da alma, algo como se sentir completo e realizado, ou seja, com boa QV (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005).

Contudo, há indícios de que o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica por volta de 1930, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV (SEIDL; ZANNON, 2004). No entanto, por alguns anos o termo foi esquecido e reapareceu com mais força quando o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, declarou que o bem-estar da população não poderia ser medido através do balanço dos bancos e sim através da QV que era proporcionada às pessoas (FLECK et al., 1999).

Contudo, foi no final do século XX, mais especificamente na década de 90, que a QV passou a integrar de forma mais intensa os discursos informais entre as pessoas e a mídia em geral, bem como, observou-se um grande avanço na quantidade e qualidade de investigações científicas que visavam um maior entendimento sobre a QV e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas. Para exemplificar o grande avanço das pesquisas e o crescente interesse sobre a temática nesta época, foi na década de 90 que a Organização Mundial da Saúde reuniu especialistas sobre saúde e QV de diversas regiões do mundo para formar um grupo de estudos sobre QV com a finalidade de aumentar o conhecimento científico da área e de desenvolver instrumentos de avaliação da QV dentro de uma perspectiva transcultural.

Atualmente, a QV é citada constantemente em ambientes diferenciados, com sentidos e significados variados, o que demonstra o quanto este construto é amplo, diversificado e complexo. No campo científico, pode-se notar o crescente interesse pela QV através de uma pesquisa rápida no banco de dados Pubmed. Utilizando a palavra-chave “*quality of life*” para busca nota-se que entre os anos de 1900 e 1999 foram publicados 40.463 artigos sobre a temática enquanto que em um período de tempo dez vezes menor, entre os anos de 2000 e 2010, a busca nos conduz a 115.435 artigos. Contudo, mesmo com o grande aumento no número de publicações sobre o assunto, ainda permanecem várias lacunas sobre inúmeros aspectos do construto QV em relação a sua definição, mensuração e interpretação.

Neste contexto, mesmo com o grande avanço de conhecimento da área nos últimos anos, não é surpreendente que atualmente não haja um consenso a respeito de uma definição totalmente estabelecida de QV. Entretanto, ainda que haja divergências, parece ser aceito pelas diferentes concepções a existência de três aspectos fundamentais: 1) a existência de aspectos objetivos e subjetivos; 2) construto multidimensional; 3) presença de dimensões positivas e negativas.

Tentando avaliar e sintetizar todos estes fatores o grupo de estudos sobre QV da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995) definiu QV como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Segundo Nahas (2003), a QV é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Os parâmetros sócio-ambientais relacionados à QV são: moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho, educação, opções de lazer e meio-ambiente; e os parâmetros individuais são: hereditariedade e estilo de vida.

Martim e Stockler (1998), definem a QV como a distância entre a expectativa individual e a realidade, sendo que quanto menor a distância melhor a QV. De acordo com Demo (1995 apud ROCHA et al., 2000), a QV é de estilo cultural, mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo; lúdico, mais que eficiente; sábio, mais que científico. Diz respeito ao mundo tão tênue quanto vital da felicidade. Não se é feliz sem a esfera do ter, mas é principalmente uma questão de ser. Não é a

conquista de uma mina de ouro que nos faria ricos, mas, sobretudo a de nossa capacidade de autodeterminação, do espaço da criação. É o exercício da competência política.

Lipp e Rocha (1996) definem QV como o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde. Para que a pessoa possa ser considerada como tendo uma boa QV, torna-se necessário que ela tenha sucesso em todos esses quadrantes. Não adianta você ter muito sucesso só na sua carreira, ou só na área social e não o ter nas outras áreas. Os mesmos autores defendem que por meio do processo de melhoria da QV, busca-se um estado permanente de equilíbrio entre a saúde física, o domínio, vivência das emoções e a elevação da consciência através de valores e crenças. A partir desse equilíbrio pessoal e interior as relações inter-pessoais agregam qualidade e busca-se uma harmonia com o meio ambiente.

A noção de QV transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilo de vida; de outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

3. Avaliação da qualidade de vida

Nota-se, através da conceituação da QV, que se faz necessário a investigação de diversos fatores relativos às condições de vida e ao comportamento humano para verificação da QV, tornando-se assim, muito difícil sua mensuração. Diversos instrumentos criados para aferir a QV não levam em conta o contexto cultural, social, de história de vida e do percurso dos indivíduos cuja QV pretendem mensurar (HUBERT, 1997 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Tentando sintetizar a complexidade da noção de QV e de sua relatividade vis-à-vis as diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Os instrumentos mais relacionados à análise de condições gerais da QV enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, auto-estima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade).

Atualmente existem duas formas de mensurar a QV, através de instrumentos genéricos e/ou específicos. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da QV de uma determinada doença ou condição. Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica, determinados aspectos da QV como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, etc. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento, especialmente devido ao reduzido número de itens e amostras insuficientes (FAYERS, 2000).

Estudos recentes (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; CHEN et al., 2005; GORDIA; QUADROS; VILELA JÚNIOR, 2006; GORDIA et al., 2007; GORDIA, 2008; GORDIA et al., 2009; GORDIA et al., 2010) estão utilizando questionários genéricos com mais frequência do que questionários específicos, devido a sua capacidade de avaliar a QV de uma forma mais ampla, embora questões específicas possam ser negligenciadas.

Talvez o mais conhecido e difundido instrumento genérico para avaliar a QV seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD) em 1990. O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre desenvolvimento de aspectos puramente econômicos - como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego - para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse indicador encontra-se a concepção de que a renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da QV de uma população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O IDH é atualizado anualmente desde 1990, classifica 162 países de acordo com um indicador composto que inclui a esperança de vida, escolarização e alfabetização de adultos, e o rendimento *per capita*. Desta forma, o IDH é considerado um indicador sintético de QV que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diversos instrumentos estão sendo desenvolvidos e adaptados para mensurar a QV de diferentes populações (crianças, adolescentes, adultos, idosos, indivíduos com patologias específicas, etc), tendo em vista que a percepção da QV muda de acordo com alterações decorrentes das diversas fases na vida.

O *Nottingham Health Profile* (NHP) é outro instrumento genérico para avaliar a QV. Este questionário é composto por 39 itens divididos em seis dimensões: energia, sono, dor, isolamento social, reações emocionais e mobilidade física. Este questionário tem sido largamente utilizado para mensurar a QV em populações mais velhas (FLETCHER; DICKINSON; PHILP, 1992).

Para mensuração da QV de adultos jovens desenvolveu-se o *Young Adult Quality of Life* (YAQOL), um instrumento genérico que avalia os aspectos da QV relacionada à saúde, bem-estar psicológico, relacionamentos sociais, funcionalidade, e contexto ambiental. O único aspecto do YAQOL que difere de outros questionários genéricos para adultos é o papel e contexto residencial, bem como perspectivas sobre objetivos da vida. Estas medidas adicionais buscam identificar aspectos relevantes para a QV de adultos jovens (CHEN et al., 2006).

Um projeto multicêntrico denominado *Screening for and Promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents* (KIDSCREEN) está sendo desenvolvido com a finalidade de criar um questionário desenvolvido transculturalmente para mensuração da QV de crianças e adolescentes europeus com idades entre 8-18 anos. Este projeto teve início no ano de 2001 e consta de 3 fases: a) desenvolvimento do instrumento; b) administração do questionário em amostras representativas dos 13 países participantes do projeto; c) implementação do instrumento em diferentes contextos sanitários e sócio-sanitários (AYMERICH et al., 2005). Estudos preliminares do KIDSCREEN têm demonstrado resultados satisfatórios em relação às propriedades psicométricas de validade e fidedignidade do instrumento (AYMERICH et al., 2005; RAVENS-SIEBERER et al., 2005).

Para avaliação da QV de crianças desenvolveu-se o *Pediatric Quality of Life Inventory*TM Versão 4.0 (PedsqTM 4.0), uma medida pediátrica da QV composta por 23 itens. Este questionário possui um formato no qual tanto as informações sobre o auto-relato das crianças quanto à dos pais são utilizadas e outro em que apenas o auto-relato das crianças é analisado, tendo em vista que crianças com mais de cinco anos de idade fornecem informações confiáveis e válidas para mensuração da QV. O PedsqTM 4.0 se refere aos últimos 30 dias vividos pelos respondentes, através de uma escala de medida de 0 a 100, sendo que quanto maior o escore indicado melhor é a QV (VARNI; SEID; RODE, 1999; VARNI et al., 2003).

Um instrumento brasileiro para avaliação da QV foi desenvolvido por Lipp e Rocha (1996). Este questionário contempla quatro quadrantes (social, afetivo, profissional e saúde), sendo que cada quadrante é composto de 10 questões, com exceção do aspecto saúde, que possui 15 questões. As respostas permitem duas alternativas: sim ou não. Embora este questionário tenha pontos positivos como: ser um instrumento desenvolvido no Brasil, praticidade e facilidade na aplicação; ele pode não avaliar alguns aspectos importantes da QV (ex. variáveis ambientes e psicológicas), bem como faltam dados que demonstrem sua validade e fidedignidade.

O questionário *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36) é um dos instrumentos mais utilizados atualmente para mensuração da QV de diversas populações (BANEGAS et al., 2006; ACREE et al., 2006; BOWE et al., 2006). O SF-36 é composto por 36 questões pertencentes a oito domínios da QV relacionada à saúde física e mental, e avalia as últimas quatro semanas vividas pelo respondente (WARE; SHERBOURNE, 1992). Os domínios da funcionalidade física, limitações físicas, dor corporal, e saúde geral compreendem o componente físico da QV relacionada à saúde do SF-36, ao passo que os domínios vitalidade, relações sociais, limitações emocionais e saúde mental representam o componente mental da QV (WARE; SHERBOURNE, 1992). Cada domínio foi desenvolvido utilizando uma escala de 0 a 100, com altos escores indicando melhor QV. A consistência interna do SF-36 é boa, com o coeficiente de *Cronbach* variando entre 0,76 e 0,90 para todos os domínios do questionário (JENKINSON; WRIGHT; COULTER, 1994).

Outro instrumento genérico extensivamente utilizado atualmente para a avaliação da QV é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde denominado WHOQOL-100, composto por 100 questões referentes a quatro aspectos: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (FLECK et al., 1999). Porém, em busca de um instrumento menos complexo e de rápida aplicação, desenvolveu-se o WHOQOL-Bref, um questionário (com a mesma essência do WHOQOL-100) contendo 26 questões. O instrumento WHOQOL-Bref é composto por 26 questões e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da QV e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios, e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como: Domínio I - Físico, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II – Psicológico, focalizando as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; Domínio III – Relações Sociais, abordando as facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; Domínio IV – Meio Ambiente, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) (FLECK et al., 2000). Este instrumento tem apresentado alta aceitação e vem sendo testado e validado em diversos países, inclusive no Brasil (FLECK et al., 2000; MORENO et al., 2006). Através da criteriosa e rigorosa análise dos resultados obtidos no WHOQOL-Bref pode-se inferir sobre a QV de indivíduos e populações, além de identificar as principais demandas para a elaboração de políticas públicas relativas à promoção da saúde.

Diversas investigações estão utilizando instrumentos específicos para avaliar a QV em situações patológicas como indivíduos com câncer (BLAZEYBY et al., 2006), portadores de epilepsia (SABAZ et al., 2000), asmáticos (TAULER et al., 2001) e indivíduos com doenças cardíacas (DIXON; LIM; OLDRIDGE, 2002), sendo que muitas vezes instrumentos genéricos são utilizados em conjunto com questionários específicos.

Estudo realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003), analisou as produções acadêmicas sobre QV nas quatro Universidades Públicas do Estado de São Paulo e observou que os instrumentos específicos também foram escolhidos para avaliar QV das populações para as quais se destinam, sendo associados ou não a outros instrumentos. Assim, para avaliação dos pacientes com distúrbios pulmonares os instrumentos usados foram *St Georges' Respiratory Questionnaire*, *Seattle Obstructive Lung Disease Questionnaire*, Questionário de Vias Aéreas (AQ20) e Escala de Cotes. Na especialidade das doenças imunológicas, tais como reumatismo, osteoartrites, *lupus* e rinites, os instrumentos foram: *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*, *Arthritis Impact Measurement Scales-2 (AIMS-2)*, *Rhinoconjunctivitis Quality of Life*, *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* e *Caregiver Burden Scale*. Para pacientes renais as escolhas foram *Kidney Disease Questionnaire*, Índice de *Karnofsky* e Índice Cognitivo de Depressão. Observou-se ainda o uso do *Minnesota*

Living with Heart Failure Questionnaire (cardiologia), *Lancashire Quality of Life Profile* (psiquiatria), Questionário de Funcionamento Psicossocial (para indivíduos obesos), *Functional Living Index Cancer* (FLIC) e Questionário de Dor de Gill (para trabalhadores com lesão de esforço por repetição). A QV em mulheres foi avaliada através do *Women Health Questionnaire* e, durante a menopausa, pelo Índice Menopausal de *Kupperman*.

Seidl e Zannon (2004) indicam que alguns instrumentos específicos predominam para determinadas doenças, tais como o EORTC-QLQ 30, desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* para pacientes com neoplasias, e o *Medical Outcomes Study-HIV*, para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Em outra perspectiva de questionários específicos, Petroski (2005) desenvolveu um instrumento de medida denominado “Escala de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho Percebida por Professores”. A escala, em forma de questionário, contempla 34 questões distribuídas em oito dimensões, apresenta nível aceitável de consistência interna e alto índice de coeficiente de estabilidade dos escores. Este instrumento foi empregado também em investigações realizadas com docentes do ensino superior, para analisar a QV no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano; comparar a QV dos professores de acordo com o ciclo de desenvolvimento profissional; e identificar o nível de associação entre a QV no trabalho com os eixos curriculares em que atuam na formação inicial em Educação Física.

Observa-se que diversos instrumentos estão sendo desenvolvidos na perspectiva audaciosa de tentar quantificar a QV de diferentes populações. Neste contexto, a escolha do questionário para avaliar a QV é crucial na obtenção de resultados válidos e fidedignos. Neste processo, diversos problemas emergem e dificultam a seleção do instrumento mais adequado para a população em questão.

Grande parte dos instrumentos que visam mensurar a QV foi desenvolvida nos EUA ou na Europa, dificultando sua disseminação para outros países e regiões devido a diferenças relacionadas ao idioma e às condições e hábitos de vida da população. Além disso, muitos questionários, desenvolvidos para uma população em específico, muitas vezes não apresentam validação, ou ainda, os resultados dos estudos de validação são inconsistentes. Desta forma, alguns instrumentos que estão sendo desenvolvidos por grupos de pesquisa multicêntricos, traduzidos e validados em diversos países, com uma perspectiva transcultural, apresentam-se como uma alternativa válida para a realização de pesquisas circunscritas à temática QV, com vistas a uma avaliação quantitativa deste construto, principalmente em países que não compõem o eixo EUA-Europa.

4. Fatores associados à qualidade de vida

Algumas pesquisas têm objetivado investigar os fatores relacionados à QV em diferentes populações com o objetivo inicial de realizar um levantamento diagnóstico dos fatores interferentes na QV, para em seguida desenvolver estratégias de intervenção que visem à melhoria da QV das pessoas através de mudanças nas variáveis que podem influenciá-la.

Nesta perspectiva, Wendel-Vos et al. (2004) investigaram a associação entre a atividade física no tempo de lazer e a QV relacionada à saúde em 2129 indivíduos do sexo masculino e feminino com faixa etária entre 20-59 anos de idade, com base em dados transversais e longitudinais. Em relação à análise transversal observou-se associação entre a atividade física no tempo de lazer (intensidade ao menos moderada) e diversas facetas da QV relacionada à saúde (percepção da saúde geral, vitalidade, funcionalidade física e social, saúde mental geral e problemas da saúde física). Para os dados longitudinais as associações encontradas foram predominantemente entre a atividade física no tempo de lazer (intensidade ao menos moderada) e componentes mentais da QV relacionada à saúde. Brown et al. (2003) examinaram se níveis recomendados de atividade física apresentavam-se associados à QV de 175850 indivíduos adultos que participaram do *Behavioral Risk Factor Surveillance System* nos EUA. Os resultados indicaram que independente da idade, raça, sexo, nível educacional, tabagismo e IMC, indivíduos que praticavam atividade física em níveis recomendados apresentaram maior chance de possuir QV boa quando comparados

com seus pares inativos. Outro estudo realizado por Brown et al. (2004), com homens e mulheres com faixa etária de 18 anos de idade ou mais, demonstrou que a participação em atividades físicas de nível moderado ou vigoroso apresentou-se associada com altos níveis de QV relacionada à saúde em adultos, e conforme aumentou o número de dias de realização da atividade física durante a semana, melhor foi a QV. De acordo com o estudo de Wendel-Vos et al. (2004) e com as pesquisa de Brown et al. (2003, 2004) parece haver uma forte associação entre a prática de atividade física e QV, sendo que pessoas mais ativas tendem a apresentar uma percepção mais positiva de sua QV.

Fontaine et al. (1999) investigaram a QV de 38 indivíduos com idades entre 21-45 anos utilizando o questionário SF-36 e demonstraram que a perda de peso em indivíduos com sobrepeso suave a moderado apresentou-se associada a uma melhoria na QV relacionada à saúde. Os autores observaram significativo aumento da QV com a diminuição da massa corporal para as facetas de funcionalidade física, papel físico, saúde geral, vitalidade e domínios da saúde mental. Outra pesquisa sobre esta temática desenvolvida por Ford et al. (2001), realizada com 109.076 indivíduos de ambos os sexos que auto-relataram sua massa corporal e estatura, objetivou analisar a relação entre o IMC e a QV da população adulta dos EUA. Os resultados demonstraram que tanto sujeitos com baixo peso quanto obesos apresentaram maior chance de possuir QV ruim quando comparados com seus pares com peso normal. Com base nos resultados destes estudos observa-se que a manutenção do peso corporal dentro de uma faixa considerável saudável pode ser um importante aliado para que as pessoas possuam uma percepção positiva da QV.

Estudo realizado por Lima (2002), com pacientes dependentes de álcool, demonstrou que os indivíduos com dependência severa ao álcool apresentaram resultados para a QV significativamente inferiores em todos os domínios do WHOQOL-Bref quando comparados com indivíduos com dependência leve a moderada. Chen e Storr (2006) avaliaram a relação entre o consumo de drogas com a QV de 2.235 adolescentes (12-18 anos de idade) de Taiwan. Os resultados indicaram que o consumo de álcool foi a única variável que apresentou associação negativa com a QV, antes e após o ajustamento para idade, gênero, etnia e renda familiar, e em especial para o domínio relacionado a limitações devido a problemas emocionais. Estes achados demonstram que o consumo excessivo de álcool parece interferir negativamente na QV das pessoas.

No que se refere à população idosa, Colet, Mayorga e Amador (2010) desenvolveram uma investigação com o objetivo de avaliar a QV de idosos participantes de grupos de convivência, de diferentes estratos socioeconômicos do município de Porto Alegre, RS. Os achados demonstraram que idosos pertencentes à classe socioeconômica A apresentaram escores melhores do que as classes C e E nos domínios dor, vitalidade, aspecto social e saúde mental. Também observou-se diferença significativa de qualidade de vida de idosos com ensino superior completo em relação aos demais estratos de escolaridade nos domínios dor, vitalidade, saúde mental e aspecto social.

Quanto à relação de fatores sociodemográficos com a QV, Ng et al. (2005) realizaram um estudo com 1363 adolescentes chineses, malásios e indianos moradores de Singapura, com idades entre 10-15 anos, para verificar a influência de diferenças étnicas na QV. Os autores observaram diferenças na QV de adolescentes com etnias distintas, bem como, mudanças na QV durante a adolescência para ambos os sexos. Estudo realizado por Von Rueden et al. (2006) objetivou investigar o impacto de diferenças na condição socioeconômica sobre a QV de crianças e adolescentes europeus de 8-18 anos de idade. Em crianças, um alto grau educacional dos pais apresentou um impacto positivo sobre as dimensões da QV (bem-estar físico, bem-estar psicológico, humor, emoções e percepção de recursos financeiros). Para adolescentes, os bens da família foram preditivos para todas as dimensões da QV, indicando que acesso reduzido a recursos materiais pode conduzir a uma percepção negativa da QV entre adolescentes. Estes estudos indicam que fatores sociodemográficos como etnia, raça e condição econômica são determinantes na QV de adolescentes e precisam ser consideradas em estratégias de intervenção.

Gordia (2008) investigou a relação do nível de atividade física, consumo de álcool, índice de massa corporal e variáveis sociodemográficas com a QV de 608 adolescentes, com idades entre 14 a 20 anos, estudantes do Ensino Médio do município da Lapa, PR. Os resultados indicaram que adolescentes menos ativos, prováveis dependentes de bebidas alcoólicas, obesos, pertencentes ao

sexo feminino e de classes socioeconômicas menos favorecidas foram os grupos mais vulneráveis para apresentar percepção negativa da QV. De acordo com os achados do estudo de Gordia (2008), bem como, do conjunto de estudos supracitados, a QV parece ser determinada tanto por questões comportamentais e biológicas quanto por aspectos sociodemográficos e culturais. Estes achados reforçam a idéia que de a QV é um construto complexo, que possui diversas dimensões e que precisa ser analisado de forma multidisciplinar para que haja um avanço real do conhecimento sobre a temática.

No campo da saúde pública, o desenvolvimento de pesquisas sobre QV poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

5. Considerações finais

O interesse pela temática QV está relacionado à possibilidade de melhoria das condições de vida das pessoas através de ações pontuais nos determinantes da QV de populações específicas, podendo envolver aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Na área da saúde, diversos profissionais estão somando esforços com intuito de melhorar a QV dos indivíduos através de ações preventivas que visem proteger as pessoas de desfechos patológicos. Para tanto, a sistematização dos achados sobre a temática QV é fundamental para o avanço científico da área e efetiva ação na vida das pessoas. Neste sentido, a presente revisão de literatura buscou compilar dados de trabalhos científicos que discorreram sobre a QV de populações diversas, com ênfase no contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados à QV.

O contexto histórico da QV demonstra que o interesse e a discussão sobre a temática são bastante recentes, com um grande crescimento de publicações científicas nas duas últimas décadas. No entanto, ainda que o avanço do conhecimento seja considerável nos últimos anos, observam-se muitas lacunas na literatura sobre o tema que precisam ser mais exploradas.

A QV é um construto com característica multidimensional, individual, subjetiva, multidisciplinar e intersetorial. Desta forma, evidencia-se o quanto este construto é complexo tornando difícil sua conceituação e avaliação. No que se refere à definição de QV, embora o conceito desenvolvido pela OMS seja bastante aceito, ainda não há um consenso na literatura sobre qual definição melhor representa este construto. Quanto à avaliação da QV, nota-se que a quantidade de instrumentos tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, tanto na perspectiva genérica quanto específica. Embora a avaliação da QV seja uma tarefa árdua, vale destacar que alguns instrumentos que estão sendo desenvolvidos por grupos de pesquisa multicêntricos, traduzidos e validados em diversos países, com uma perspectiva transcultural, têm apresentado boa capacidade psicométrica e recebido grande aceitação por estudiosos da área.

Em relação a fatores associados à QV de diferentes populações, observa-se um vasto campo de investigação que ainda precisa ser explorado. Com base na produção científica atual há indícios de que a QV parece estar associada tanto a fatores biológicos e comportamentais quanto a aspectos sociodemográficos e culturais, porém a magnitude da interferência destes fatores sobre a QV ainda é desconhecida. O conhecimento de fatores associados à QV das pessoas é de extrema importância para que políticas públicas sejam desenvolvidas visando melhorar as condições de vida da população.

Referências

ACREE, L. S. et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 4, n. 37, 2006.

- ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.
- AYMERICH, M. et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. **Gaceta Sanitaria**, v. 19, n. 2, p. 93-102, 2005.
- BANEGAS, J. R. et al. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. **American Journal of Hypertension**, v. 19, p. 686-693, 2006.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.
- BLAZEBY, J. M. et al. Health-related quality of life measurement in randomized clinical trials in surgical oncology. **Journal Clinical Oncology**, v. 24, p. 3178-3186, 2006.
- BOWE, S.; YOUNG, A. F.; FURUYA, H. Transforming the SF-36 to account for death in longitudinal studies with three-year follow-up. **Medical Care**, v. 44, n. 10, p. 956-959, 2006.
- BROWN, D. W. et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. **Preventive Medicine**, v. 37, p. 520-528, 2003.
- BROWN, D. W. et al. Associations between physical activity dose and health-related quality of life. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 36, n. 5, p. 890-896, 2004.
- CHEN, X. et al. Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. **Child: Care, Health and Development**, v. 1, n. 4, p. 433-439, 2005.
- CHEN, H. et al. Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, p. 14-19, 2006.
- CHEN, C.; STORR, C. L. Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. **Journal of Adolescent Health**, v. 39, n. 752.e9-16, 2006.
- COLET, C. F.; MAYORGA, P.; AMADOR, T. A. Educational level, socio-economic status and relationship with quality of life in elderly residents of the city of Porto Alegre/RS, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Science**, v.46, n.4, p. 805-810, 2010.
- DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.
- DIXON, T.; LIM, L. L. Y.; OLDRIDGE, N. B. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: Reference data for users. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 2, p. 173-183, 2002.
- FAYERS, P. M. D. **Quality of life. Assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley, 2000.

- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.
- FLETCHER, A. E.; DICKINSON, E. J.; PHILP, I. Review: audit measures: Quality of life instruments for everyday use with elderly patients. **Age and Ageing**, v. 21, p. 142-150, 1992.
- FONTAINE, K. R. et al. Impact of weight loss on health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v. 8, p. 275-277, 1999.
- FORD, E. S. et al. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. **Obesity Research**, v. 9, n. 1, p. 21-31, 2001.
- GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; VILELA JÚNIOR, G. B. Quality of life and physical fitness of individuals in the brazilian army. **The FIEP bulletin**, v. 76(Special Edition), p. 82-85, 2006.
- GORDIA, A. P. et al. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 11, n. 106, 2007.
- GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- GORDIA, A. P. et al. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de Salud Pública**, v.11, n.1, p. 50-61, 2009.
- GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v.28, n.1, p. 29-35, 2010.
- JENKINSON, C.; WRIGHT, L.; COULTER, A. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. **Quality of Life Research**, v. 3, p. 7-12, 1994.
- KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 164-72, 2005.
- LIMA, A. F. B. S. **Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002. 90f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Curso de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão e qualidade de vida**. Campinas: Papyrus, 1996.
- MARTIM, A. J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment health come research and practice. **Evolution and Health Professions**, v. 21, p. 141-156, 1998.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2585-2597, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NG, T. P. et al. Ethnic differences in quality of life in adolescents among Chinese, Malay and Indians in Singapore. **Quality of Life Research**, v. 14, p. 1755-1768, 2005.

PETROSKI, E. C. **Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, 2005.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 63-81, 2000.

SABAZ, M. et al. Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy. **Epilepsia**, v. 41, n. 6, p. 765-774, 2000.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

TAULER, E. et al. The Spanish version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ): Metric characteristics and equivalence with the original version. **Quality of Life Research**, v. 10, n. 1, p. 81-91, 2001.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

VARNI, J. W.; SEID, M.; RODE, C. A. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. **Medical Care**, v. 37, p. 126-139, 1999.

VARNI, J. et al. The PedsQL™4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. **Ambulatory Pediatrics**, v. 3, p. 329-341, 2003.

VON RUEDEN, U. et al. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, p. 130-135, 2006.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, p. 473-483, 1992.

WENDEL-VOS, G. C. W. et al. Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 667-677, 2004.