

Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes

Indicators evaluation of the health area: quality of life and its variants

Bruno Pedroso
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR – Ponta Grossa – Brasil
Faculdades Integradas de Itararé – FAFIT-FACIC – Itararé – Brasil
brunops3@brturbo.com.br

Luiz Alberto Pilatti
Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR – Ponta Grossa – Brasil
lapilatti@utfpr.edu.br

Resumo

A avaliação da qualidade de vida tem se intensificado nas últimas décadas. Todavia, estudos sistemáticos abordando a evolução de tal processo não são encontrados na literatura. Frente a esse cenário, o objetivo do presente trabalho é realizar uma abordagem acerca da avaliação da qualidade de vida e suas variantes, por meio de uma revisão de literatura. Conclui-se que a escolha de um instrumento ou a construção de um instrumento avaliação devem ser amparadas por uma série de fatores, de forma a garantir a fidedignidade do estudo a ser colocado em prática.

Palavras-chave: qualidade de vida; instrumentos; avaliação.

Abstract

Evaluation of quality of life has intensified in the last decades. However, systematic studies boarding the evolution of such process are not found in the literature. Front that, the present study objectifies to accomplish an approach concerning the quality of live and its variants evaluation, through a literature review. It concludes that the choice of an instrument or the construction of an instrument of evaluation should be founded by a series of factors, guaranteeing the fidelity of the study to be realized.

Keywords: quality of life; instruments; evaluation.

1. Introdução

A preocupação com a qualidade de vida tem se tornado crescente nas últimas décadas. A visão holística do homem como um ser biopsicossocial passa a ganhar espaço, inclusive no ambiente empresarial. Essa reflexão se fortalece a partir da percepção de que o desempenho dos trabalhadores está fortemente relacionado com a sua qualidade de vida.

Ao contrário do que pode parecer, a preocupação com o estilo de vida é muito antiga, e surgiu com Sócrates por volta de 400 a.C. (ANDUJAR, 2006). No entanto, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964.

Presidente dos Estados Unidos na ocasião, este afirma que os objetivos de uma nação não podem ser mensurados através do balanço bancário, mas sim, da qualidade de vida proporcionada às pessoas (FLECK et al., 1999). Desde então, pesquisadores das mais variadas áreas de conhecimento têm concentrado seus estudos nessa área.

Ainda que a avaliação da qualidade de vida e suas variantes tenha se intensificado, a sistematização de estudos abordando o itinerário perquirido acerca de tal abordagem é inexistente na literatura.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é realizar uma retrospectiva da abordagem da avaliação em qualidade de vida, no intuito de desmistificar a progênie do indicador em exame, tal qual as origens da sua mensuração.

2. Problemas conceituais e a mensuração da qualidade de vida

O termo saúde foi, em 1946, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (FLECK, 2000). Ainda que date de mais de meio século a quebra do paradigma de que a saúde é o oposto de enfermo, a preocupação com a melhoria da saúde se intensificou em meados da década de 70.

O conceito de qualidade de vida passou a estar atrelado à mensuração de indicadores da área da saúde a partir da década de 70. Essa mutação está associada a pelo menos seis vertentes que convergem para a desenvolvimento do conceito da qualidade de vida. De acordo com Fleck (2008), as principais vertentes são:

- Estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar: a saúde mental tornou-se objeto de estudo da epidemiologia.
- Busca de indicadores sociais: a busca de indicadores de cunho social se intensificou no início do Século XX. Dentre os indicadores propostos, estiveram listados, também, indicadores da área da saúde.
- Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde: a ênfase em estudar a doença isoladamente do doente deixou de existir, principalmente em tratamentos onde o objetivo não é a cura, mas sim, a redução do impacto que a doença causa na vida do indivíduo.
- Psicologia positiva: passaram a ser realizadas pesquisas sobre os aspectos positivos da experiência humana e estudos das variáveis positivas da vida.
- Satisfação do cliente: a satisfação do cliente tem sido uma tendência cada vez mais crescente na sociedade do conhecimento. Esta também se alastrou para a área da saúde, onde a satisfação com a qualidade de vida passou a ser um objetivo central de numerosos serviços.
- Movimento de humanização da medicina: o relacionamento pessoal é um fator-chave no contexto humano. Tal premissa é válida, também, na medicina. Portanto, buscou-se o desenvolvimento de parâmetros de avaliação que abarquem tal fenômeno.

Ainda que saúde e qualidade de vida já tenham sido enxergadas como sinônimos, é pertinente ressaltar que a saúde é um domínio da qualidade de vida. Assim, a saúde está associada à qualidade de vida, havendo diversos pontos de intersecção entre ambas as variáveis. No entanto, o conceito de qualidade de vida transcende a sinonímia de saúde (FLECK, 2008).

Aspectos como o ambiente, a segurança, a moradia, a renda e a liberdade são amplamente valorizados no que diz respeito à existência humana, e, entretanto, não são definidos como estado de saúde. Ainda que tais indicadores possam afetar a saúde, a avaliação do estado de saúde não inclui estes (PATRICK, 2008).

A avaliação da qualidade de vida teve sua origem ligada à medicina e saúde pública, com o intento de avaliar o resultado dos tratamentos utilizados. Enquanto a avaliação clínica exige conhecimento profissional para sua interpretação, a auto-avaliação da qualidade de vida apresenta um maior significado para as pessoas em tratamento ou em recuperação (PATRICK, 2008).

Na perspectiva apresentada, a avaliação da qualidade de vida é utilizada como uma maneira de fornecer retroinformações para os pacientes, de forma que estes passem a possuir um melhor entendimento dos resultados de seus respectivos tratamentos.

De acordo com Patrick (2008), os conceitos de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde usualmente são utilizados sem exatidão, perfazendo com que a utilização de tais termos em contextos diferenciados produza significados variáveis. A mesma variação também se faz presente na conceituação da qualidade de vida proferida por diferentes indivíduos, ao passo que a subjetividade da qualidade de vida fomenta tal variabilidade.

3. A progênie de um novo indicador

A popularização do termo qualidade de vida deu origem a ramificações de tal abordagem. Estes novos ramos preservam as características gerais da qualidade de vida, apresentando direcionamento para áreas específicas. As principais áreas de estudo derivadas da qualidade de vida são a relacionada à saúde (*health related quality of life*) e a qualidade de vida no trabalho (*quality of work life*).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde, segundo Patrick (2008, p. 33), indica a avaliação da qualidade de vida “centralizada no conceito de saúde e nos desfechos da área da saúde, mas inclui percepções ou domínios que não estão limitados ao ‘funcionamento’”. Tendo em vista que não houve emergência de nenhuma definição amplamente utilizada do termo qualidade de vida relacionada à saúde, há dificuldade em conceituar, ou até delimitar, o termo em questão.

Já o termo qualidade de vida no trabalho conquistou uma maior popularidade. Em contraste à qualidade de vida relacionada à saúde, utilizada especificamente por profissionais de área da saúde, a qualidade de vida no trabalho tem se apresentado como uma área de pesquisa multidisciplinar, englobando pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento.

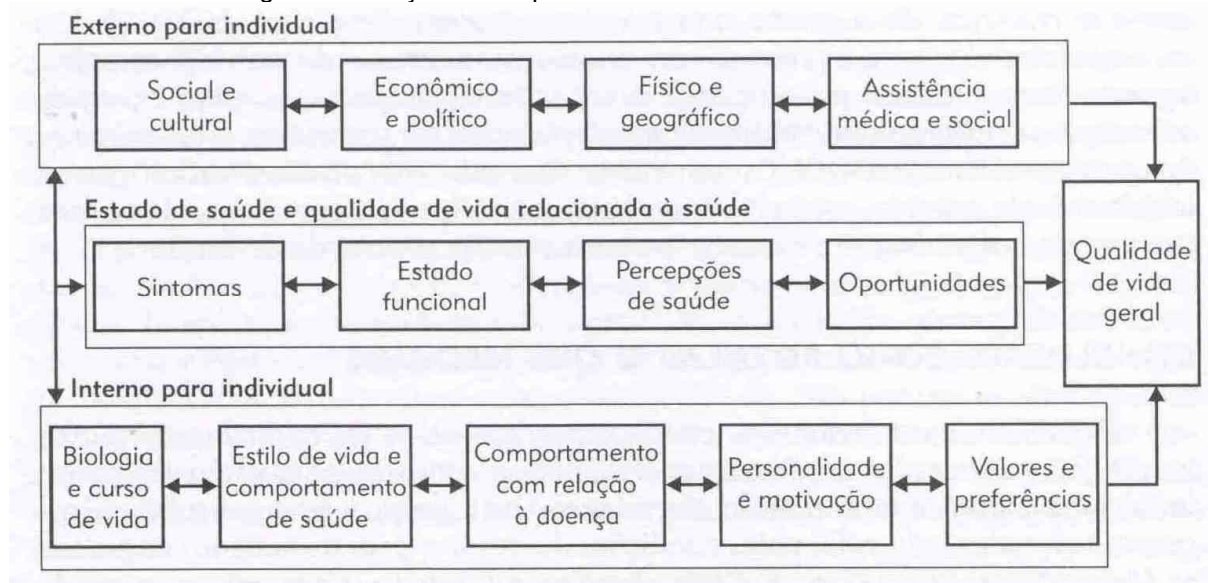
De acordo com Patrick (2008, p. 34), a qualidade de vida, na condição de indicador humano, pode ser utilizada de três formas:

- Como um descritor: indicando a presença ou a ausência de uma característica da vida;
- Como uma asserção avaliadora: pregando a adição de características de um indivíduo ou população;
- Como uma asserção normativa ou prescritiva: quando são indicadas quais características devem estar presentes para se viver com qualidade.

Ainda que o Grupo WHOQOL reconheça que a qualidade de vida é multidimensional, abarcando a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente, os instrumentos WHOQOL avaliam a qualidade de vida enfatizando, prioritariamente, a saúde (PATRICK, 2008).

A qualidade de vida, propriamente dita, engloba a qualidade de vida relacionada à saúde acrescida de determinantes do ambiente interno (individual) e ambiente externo (social e cultural). Com base nessa prospecção, os elementos que constituem a qualidade de vida são:

Figura 1: Relação entre qualidade de vida e conceitos de saúde



Fonte: Patrick (2008)

As variáveis abarcadas no âmbito do “Estado de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde” estão dispostas através de uma progressão linear com relação à proximidade ao indivíduo, do mais proximal (sintomas) ao mais distal (oportunidades). Os elementos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, abordados na figura 1, representam que a avaliação da qualidade de vida é indissociável do contexto pessoal ou sociocultural (PATRICK, 2008).

De acordo com Patrick (2008, p. 37-38) Para que um instrumento de avaliação da qualidade de vida apresente características psicométricas satisfatórias, além da validade de conteúdo, deve apresentar cinco propriedades:

- 1) Especificação do modelo de avaliação, incluindo a escala do instrumento e a estrutura da subescala e a base empírica e conceitual para a combinação de múltiplos itens em um escore único;
- 2) Confiabilidade, incluindo o nível em que o instrumento está livre de erro aleatório, tanto através da testagem da homogeneidade do conteúdo em testes de multiitens com avaliação de consistência interna, como pela testagem do nível em que o instrumento mantém escores estáveis ao longo do tempo;
- 3) Constructo, critério e validade preditiva em que as relações lógicas entre diferentes avaliações são examinadas;
- 4) Abrangência ou avaliação da capacidade de analisar mudanças ao longo do tempo quando ocorrem mudanças reais (validação do constructo longitudinal);
- 5) Interpretação do tamanho do efeito (*effect size*)¹ ou do nível em que se pode designar significado qualitativo aos escores quantitativos de um instrumento.

A presença de tais propriedades em um instrumento de avaliação, que avalie a qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde ou qualidade de vida no trabalho, fomenta a obtenção de resultados mais confiáveis e fidedignos. Portanto, a suscetibilidade à distorção das respostas se reduz a um índice próximo da nulidade.

¹ O termo *effect size* representa a mensuração dos resultados de um tratamento a partir da inter-relação do tratamento com uma variável secundária. No objeto em exame, a variável secundária é a qualidade de vida.

4. Avaliação da qualidade de vida

Ainda que o termo qualidade de vida date de um período recente, a busca por tal significado parece ser tão antiga quanto a civilização. Inerente a tal prospectiva, estudiosos vêm concentrando seus estudos, desde a antiguidade, na pretensão de diferir uma vida que possui qualidade, ao seu oposto (BELASCO; SESSO, 2006).

Tão arcaico quanto a preocupação com a qualidade de se viver, a polissemia das conceituações de “um boa vida” se faz presente, também, desde o início de tais estudos. De acordo com Belasco e Sesso (2006, p. 01), “os vários significados atribuídos para a QV estão de acordo com as perspectivas econômica, demográfica, antropológica, bioética e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública”.

O termo qualidade de vida teve, em sua progênie, uma tendência conceitual convergente à definição de saúde. Tal propensão perdurou até o surgimento do termo qualidade de vida. Desde então, o estudo da qualidade de vida foi gradativamente dicotomizado, de forma que esta passara a ser estudada, ora de forma genérica, com influência de estudos sociológicos, ora relacionada à saúde, fazendo referência a disfunções e agravos presentes no ser humano (BELASCO; SESSO, 2006).

De acordo com Belasco e Sesso (2006, p. 02), a ênfase atual da qualidade de vida é atribuída à degradação ambiental e do bem-estar humano, que fomentam “o empobrecimento crítico das populações, a marginalização dos circuitos de produção e consumo e a marginalização cultural”. Na perspectiva apresentada, a qualidade de vida objetiva

[...] ampliar perspectivas para a equidade social e diversidade ecológica e cultural, redimensionando as categorias qualitativas e reavaliando o estilo de vida urbano e a qualidade do consumo do trabalho, da distribuição de riquezas e do acesso aos bens e serviços (BELASCO; SESSO, 2006, p. 02)

Como pode ser percebido, a qualidade de vida compreende uma diversidade de abordagens e problemáticas, de forma a articulá-las entre si. Segundo Belasco e Sesso (2006), a análise da qualidade de vida é fundamentada em três âmbitos:

- Distinção entre os aspectos materiais e imateriais: os aspectos materiais estão relacionados às necessidades humanas básica, aspectos de natureza física e de infra-estrutura. Já os aspectos imateriais são representados pelo ambiente, patrimônio cultural e bem-estar.
- Distinção entre os aspectos individuais e coletivos: os aspectos individuais dizem respeito à condição econômica, pessoal e familiar. Os aspectos coletivos, por sua vez, representam os serviços básicos e públicos.
- Diferença entre aspectos objetivos e subjetivos: os aspectos objetivos são constituídos pelos indicadores de natureza quantitativa, enquanto os aspectos subjetivos são expressos pela percepção subjetiva dos indivíduos com relação à qualidade de vida.

Na década de 80, diversos estudos demonstraram que a saúde percebida do indivíduo não possui relação com diagnósticos clínicos (BELASCO; SESSO, 2006). Frente a tal consideração, é pertinente ressaltar que a avaliação de variáveis subjetivas, como a qualidade de vida, não pode ser retratada somente através de análises clínicas, mas deve ser reportada a auto-avaliação do próprio indivíduo.

Percebido a carência de um indicador que apresentasse transcendência aos resultados de análises e avaliações clínicas, foram alavancadas pesquisas em tal direção. Foi constatado, portanto, que a avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde é importante, segundo Belasco e Sesso (2006), por três motivos:

- A qualidade de vida apresenta uma associação clara e consistente com fenômenos da área da saúde.
- Há comprovação empírica de que existe correlação entre a qualidade de vida e os indicadores fisiopatológicos utilizados no meio clínico.
- Torna-se possível o desenvolvimento de um marco conceitual da qualidade de vida, demonstrando o avanço qualitativo dos modelos prévios de avaliação de tal variável.

Há ainda autores que justificam a introdução da qualidade de vida na área da saúde em decorrência de três fatores: o avanço tecnológico, que proporcionou melhores condições de saúde e aumento da expectativa de vida; a mudança no panorama epidemiológico das doenças, visto que as doenças crônicas passaram a apresentar um perfil dominante e; a tendência de mudança sobre a visão do ser humano, que anteriormente era enxergado com um organismo biológico que necessitava de reparos, e, na contemporaneidade, é visto como um agente social (BELASCO; SESSO, 2006).

Constatada a necessidade de avaliação da qualidade de vida, os primeiros instrumentos de avaliação da qualidade de vida surgiram na década de 70. Tais instrumentos consistem, em sua maioria, na mensuração de sentimentos, autovalorização ou condutas, através de entrevistas ou questionários (BELASCO; SESSO, 2006).

A partir da década de 80, houve uma intensificação na construção de instrumentos para avaliação da qualidade de vida. Esses instrumentos podem ser genéricos, quando abordam uma diversidade de dimensões que compõem a qualidade de vida, ou específicos, quando se concentram em um aspecto em particular (BELASCO; SESSO, 2006).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida, objetivando a fomentação de resultados fidedignos, devem possuir algumas propriedades psicométricas. As principais propriedades psicométricas desejáveis em um instrumento de avaliação da qualidade de vida são: confiabilidade, validade e responsividade (BELASCO; SESSO, 2006; DUARTE; CICONELLI, 2006).

A confiabilidade é verificada através da avaliação da consistência interna do instrumento. Um instrumento é confiável quando os resultados de aplicações repetidas deste, em indivíduos estáveis, apresentam resultados semelhantes. A validade de um instrumento é obtida a partir do momento em que se constata que este é, factualmente, capaz de mensurar as variáveis a que este se propõe a avaliar. Para tanto, é preciso avaliar a validade do conteúdo, do constructo e do critério do instrumento (BELASCO; SESSO, 2006). A responsividade, por sua vez, representa a capacidade de um instrumento detectar mudanças em uma determinada população (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Ainda que a avaliação da qualidade de vida tenha evoluído nas últimas décadas e que inúmeros esforços têm sido concentrados para melhorar a precisão de tal avaliação, prevalecem algumas limitações circunstanciais que podem acabar por distorcer os resultados. A dependência do estado cognitivo, as mudanças nas respostas devido a patologias e as modificações nos valores pessoais constituem tais limitações (BELASCO; SESSO, 2006).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida são constituídos por um determinado número de itens, que, agrupados entre si, constituem um domínio, dimensão ou escala, refletindo o comportamento ou experiência que se pretende mensurar (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Há duas propriedades essenciais que um questionário de qualidade de vida deve possuir: a capacidade de avaliar os domínios que influenciam a condição de saúde analisada e possuir uma medida de avaliação que permita a integração dos domínios, de

forma a permitir uma avaliação completa da qualidade de vida (DUARTE; CICONELLI, 2006).

A escolha de um instrumento de avaliação da qualidade de vida é um ponto crucial da pesquisa. Uma escolha errada pode inviabilizar o estudo. Para tanto, é preciso estar atento a alguns detalhes, como a definição inicial do objetivo da avaliação, que pode descrever a qualidade de vida de um grupo, comparar a qualidade de vida entre dois grupos, avaliar o resultado de um tratamento, ou possuir outros propósitos. É também preciso certificar-se de que o instrumento possua os domínios necessários para fomentar os resultados da avaliação da qualidade de vida da população em questão (DUARTE; CICONELLI, 2006).

É igualmente importante saber se o instrumento fora testado em populações similares àquelas em que se pretende aplicá-lo. Também é pertinente ter ciência se o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, e, caso tenha sido traduzido e adaptado culturalmente, se este processo foi realizado de forma precisa e correta (DUARTE; CICONELLI, 2006).

De acordo com Duarte e Ciconelli (2006), os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados de duas formas: com relação a sua aplicação e com relação ao seu foco. Quanto à aplicação, os instrumentos podem ser:

- Avaliadores: medem as mudanças na qualidade de vida ocorridas ao longo do tempo em um grupo de indivíduos. Esta aplicação permite a quantificação dos benefícios de um tratamento ou de uma abordagem.
- Preditivos: classificam indivíduos em categorias de medidas predefinidas, de forma a prever os resultados a partir do presente. Permitem identificar quais indivíduos apresentam tendência a desenvolver uma condição específica no futuro.
- Discriminativos: medem as diferenças entre os indivíduos em um ponto no tempo. Permitem realizar a distinção de indivíduos ou populações de acordo com o resultado da avaliação.

No que diz respeito à classificação quanto ao foco, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser:

- Genéricos: são compostos por questões gerais e podem ser aplicados em diversos contextos. Objetivam avaliar vários aspectos da qualidade de vida, não avaliando aspectos específicos.
- Específicos: avaliam aspectos próprios, característicos de um determinado grupo de indivíduos. A especificidade pode ser em relação a uma doença (AIDS, cardiopatia, renal), a uma população (crianças, adultos, idosos), a uma função (sono, função sexual), a um problema específico (dor, mobilidade), ou a uma dimensão (fisiológica, psicológica).
- Modulares: tendo em vista que a avaliação da qualidade de vida a partir de aspectos específicos não permite uma avaliação global da qualidade de vida, há instrumentos que combinam características dos aspectos genérico e específico. Esses possuem um módulo central de questões (genérico), aplicável a diversas populações, além de um módulo secundário de questões (específico), direcionado a uma avaliação específica.

Outro fator importante na avaliação da qualidade de vida é o modo de aplicação dos instrumentos. A administração dos instrumentos nos respondentes pode ocorrer por meio de entrevistas, por telefone, por correio, pela internet, pode ser auto-administrável ou ser preenchido por uma terceira pessoa (DUARTE; CICONELLI, 2006).

Ainda que dotado de um considerável leque de opções, cada uma destas apresenta suas respectivas vantagens e desvantagens, que devem ser defrontadas com o tipo de instrumento que se deseja realizar a aplicação, de forma a verificar qual é o modo de aplicação mais adequado ao instrumento cuja aplicação é pretendida. Com relação às particularidades de cada forma de administração de instrumentos de avaliação, Duarte e Ciconelli (2006) elencam as seguintes:

- Entrevistas: deve haver uma padronização da forma de entrevista, o que exige treinamento das pessoas que procederão com estas. Os resultados podem ser influenciados por particularidades presentes no entrevistador. No entanto, é o tipo mais utilizado, pois possibilita a obtenção do maior número de respostas e minimiza os erros por desentendimento das questões.
- Telefone: como nas entrevistas, poucos dados são perdidos, mas esta modalidade exige que o questionário seja simples e bem estruturado, de forma a facilitar a compreensão das questões.
- Correio/Internet: permite aplicação em localidades distantes sem a intervenção direta do pesquisador. No entanto, o percentual de retorno dos questionários preenchidos é bastante baixo, além de haver maior possibilidade de conter dados preenchidos incorretamente devido ao mau entendimento das questões.
- Auto-administração: não pode ser utilizado em pacientes não alfabetizados. A ausência do pesquisador pode acarretar que muitos respondentes não respondam o questionário ou sejam eliminados da amostra por retornar dados incompletos. No entanto, é o modo que apresenta menor custo e possibilita maior privacidade.
- Terceira pessoa: o preenchimento por um respondente substituto é utilizado para a predição de resultados de respondentes que, pela idade avançada, doença ou outro motivo, não possam responder o questionário de forma auto-administrativa. O grande comprometimento de tal forma de aplicação é a possibilidade de haver uma percepção diferenciada por parte do respondente substituto com relação à real avaliação do seu outorgante.

A escolha da forma de administração dos instrumentos deve ser realizada em função do tipo de instrumento a ser aplicado, do número de respondentes que comporá a amostra e do tempo em que o pesquisador dispõe para obter o retorno dos dados.

5. Considerações finais

Mensurar variáveis de cunho subjetivo não é uma empreitada simples. Em se tratando da qualidade de vida e suas variantes, como a qualidade de vida relacionada à saúde e a qualidade de vida no trabalho, acrescido de termos que, de acordo com o senso-comum, erroneamente apresentam sinonímia com a qualidade de vida, tais como saúde, estado funcional e bem-estar, há a dificuldade em avaliar tais variáveis, tendo em vista que estas podem possuir conceitos polissêmicos.

A avaliação da qualidade de vida tem fomentado inúmeros estudos na contemporaneidade. A amplitude de tal variável possibilita com que pesquisadores da área das Ciências Biológica e da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, e, mais recentemente, das Engenharias, divulguem seus estudos em diversos periódicos de diferenciadas áreas do conhecimento.

A escolha de um instrumento de avaliação é um processo que exige um elevado teor de subjetividade. No entanto, tal escolha deve ser amparada por uma série de critérios, como o tipo de instrumento, as propriedades psicométricas, a forma de aplicação, e, por fim, a aplicabilidade do instrumento ao estudo. Em caso de construção

de instrumentos de avaliação, os critérios supracitados devem, também, ser levados em consideração.

Referências

ANDUJAR, A. M. **Modelo de qualidade de vida dentro dos domínios bio-psico-social para aposentados**. 2006. 206 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

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**, São Paulo, v. 21, n.1, p.19-28, jan./mar. 1999.

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

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

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 29-39.

BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 1- 10.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M. Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 11-18.