

# RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ASPECTOS DO AMBIENTE

Renilton José PIZZOL \*

**Resumo:** Esse estudo tem como objetivo buscar uma aproximação teórica e metodológica entre a área da saúde e as áreas que estudam o ambiente por meio da investigação multidimensional da qualidade de vida (QV) de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que poderia permitir estabelecer relações do indivíduo com condições de vida individual e territorial. A metodologia foi baseada na aplicação de questionário de QV para avaliar a percepção de QV e do ambiente, de questionário de condição de vida individual e na distribuição espacial da população estudada em mapa de exclusão/inclusão social que reflete a condição de vida territorial. Os resultados mostraram que as 34 pessoas avaliadas expressaram satisfação com a QV e o domínio ambiente e que não houve influência de variáveis de condição de vida individual e territorial sobre a percepção de QV e do ambiente. O estudo mostrou que, por meio da QV, existe uma possibilidade de relação entre aspectos do espaço urbano e o indivíduo, mas mais estudos são necessários para o aprofundamento dessa questão.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Ambiente. Condição de vida.

**Abstract:** This study aims theoretical and methodological approach between health fields and the fields that study the environment via quality of life (QoL) multidimensional investigation of people with chronic pulmonary disease that could allow establish individual's relationships with individual and territorial life condition. The methodology was based in the application of QoL survey in order to evaluate the QL and environment perception, of individual life condition survey and spatial distribution of the studied population in the social exclusion/inclusion map that reflects the territorial life condition. The outcomes showed that 34 persons evaluated expressed satisfaction with the QoL and environment domain and that there was no influence of individual and territorial life condition variables about the perception of QoL and of the environment. The study revealed that, via QoL,

---

\* Prof. Dr. da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Campus de Presidente Prudente – SP. E-mail: [renilton@fct.unesp.br](mailto:renilton@fct.unesp.br)

there is a possibility of relationship between urban space and the individual aspects but further studies are needed to investigate this issue.

**Keywords:** Quality of life. Environment. Life Condition.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O impacto das doenças crônicas

Segundo Paes-Sousa (2002) o processo de urbanização em escala mundial tem trazido mudanças nos padrões de fecundidade e mortalidade com taxas menores de nascimentos e progressiva substituição de doenças infecciosas por doenças crônicas e causas externas como principais causas de morte. Dá-se a essa mudança nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica, o nome de transição epidemiológica (SANTOS-PRECIADO et al, 2003)

Apesar de haver uma tendência desse modelo de transição se tornar predominante existem muitas diferenças ainda entre os países no que diz respeito a esse padrão de morbi-mortalidade. No Brasil, por exemplo, embora o padrão demográfico já seja marcado por progressivos declínios das taxas de fecundidade e mortalidade e alteração da estrutura etária, a transição epidemiológica, segundo Schramm et al (2004) não tem ocorrido de acordo com o modelo observado pela maioria dos países industrializados, pois há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônicas, a reintrodução e recrudescimento de doenças infecciosas desembocando em uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada para ambos os padrões e as situações epidemiológicas de diferentes regiões no país, tornam-se contrastantes.

No entanto, mesmo com esta diversidade epidemiológica, é inquestionável o peso atual em termos globais que têm as doenças crônicas. Em um estudo de atualização, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2008) mostrou que estas doenças – geralmente incuráveis, permanentes e incapacitantes, respondem atualmente por 60% das mortes no mundo e por 47% do impacto (ou carga) global das doenças com projeção de aumento crescente (em 2020, 70% do impacto será causado por essas doenças, especialmente o câncer, o diabetes, as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas).

Na discussão sobre o impacto social de uma doença foi importante o desenvolvimento pela OMS (MURRAY e LOPEZ,1996) de uma medida que associa os anos perdidos por morte prematura, os anos de vida vividos com

incapacidade e as taxas de morbi-mortalidade da doença (denominada de *Disability Adjusted Life Years* ou DALY) o que permitiu traçar um perfil epidemiológico das doenças mais importantes, tanto em relação à sua incidência e prevalência quanto em relação ao seu impacto na sociedade.

Ao usar essa medida a OMS projetou uma mudança importante do perfil epidemiológico a partir dos anos 2000, em direção à inversão do impacto causado com as doenças crônicas assumindo os primeiros lugares no ranking de impacto substituindo as doenças infecto-contagiosas.

No caso do Brasil, o estudo de Schramm et al (2004) mostra tendência semelhante pois os resultados encontrados por esses autores indicaram que as doenças crônicas responderam por 66% da carga de doença enquanto que as doenças infecciosas responderam por 23% e as causas externas por 10%.

Pelo exposto acima, este trabalho tem como objetivo estudar a DPOC em Presidente Prudente (SP), sob o ponto de vista da qualidade de vida das pessoas com essa enfermidade.

## **2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Dentro deste contexto de transição epidemiológica, entram em cena as doenças respiratórias crônicas e em especial, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (ou DPOC) que têm sido constante motivo de preocupação no campo da saúde pública mundial devido à mortalidade e morbidade elevadas e crescentes. Segundo a OMS (2008) a DPOC foi, em 2004, a terceira causa de morte em países de renda média (como o Brasil). Segundo Campos e Lemos (2009) essa doença causou 35 mil mortes em 2004 (foram nove mil em 1980, mostrando tendência de crescimento) e foi responsável, no período de 1992 a 2006 por um número médio anual de 238 mil hospitalizações (12% de todas as hospitalizações por doenças respiratórias e 2% do número total de hospitalizações financiadas pelo SUS). Tais dados sem dúvida mostram a razão pela qual, segundo Schramm et al (2004), a DPOC foi a quarta maior causa de impacto da doença no Brasil pelo indicador DALY.

Devido à sua complexidade e cronicidade pode-se estudar a DPOC de várias perspectivas, ou seja, desde aquelas relacionadas à história natural da doença (aspectos patológicos, fisiológicos e clínicos) até aquelas que dizem respeito ao impacto que a doença pode causar em nível mais

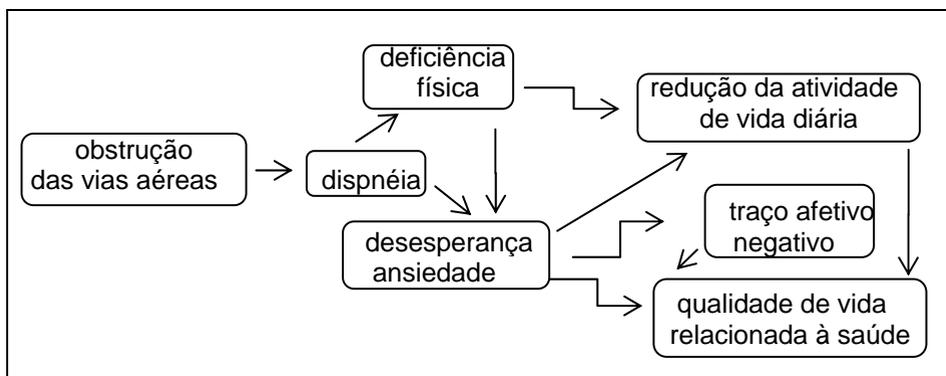
coletivo avaliado sob a ótica social e econômica ou individual, que nesse caso, é avaliada por meio da Qualidade de Vida (QV).

Em relação ao impacto social pode-se visualizar a DPOC por meio da utilização da DALY e por meio dos aspectos mais econômicos. Segundo Campos e Lemos (2009) os estudos indicam que a doença é responsável por enorme custo financeiro, tanto direto (valor dos recursos da saúde direcionados para o diagnóstico e tratamento) como indireto (valor monetário da incapacitação, da falta ao trabalho, dos cuidados domiciliares).

### 3 QUALIDADE DE VIDA E DPOC

Quanto ao impacto individual pode-se interpretar a DPOC procurando-se estabelecer uma relação entre as características “cronicadas” da história natural da doença, que são reconhecidamente impactantes (ou limitantes) e a extensão que esse possível impacto pode provocar à vida da pessoa segundo sua própria percepção. Estudos dessa natureza, no campo da saúde, partem da premissa de que quando a vida é modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, sociais e de oportunidades provocadas pela doença é atribuído um valor à sua duração que é denominado de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - QVRS (Minayo, Hass e Buzz, 2000).

Nesse sentido alguns estudos procuraram estabelecer esse nexó relacional propondo modelos teóricos que mostrariam a complexidade dessa relação, como por exemplo, o de Hu e Meek (2005) ilustrado na Figura 1.



**Figura 1:** Modelo de QVRS em DPOC

Embora esse modelo tenha o mérito de estabelecer relações nem sempre evidentes entre os aspectos da história natural da doença e a possibilidade do seu impacto na vida da pessoa ele ainda permanece atrelado à concepção medicalizada de Qualidade de Vida (QV), enfatizando ainda o referencial da clínica e não se aprofundando em questões importantes como os aspectos relacionados à própria percepção do indivíduo e a influência dos fatores externos nessa percepção, que podem conferir uma concepção mais holística da QV, e que se aproxima mais daquela utilizada nos campos das ciências humanas.

Em relação à essa concepção a OMS tem desempenhado, desde a década de 1990, um papel importante no aprofundamento teórico e metodológico de QV porque:

- a) a interpreta como um conceito amplo e complexo que interrelaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais de natureza subjetiva e que está imersa no contexto cultural, social e ambiental;
- b) estabelece uma definição mais elaborada do construto, considerando QV como a “percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (KUYKEN, 1995).
- c) desenvolve uma metodologia de operacionalização baseada em um instrumento multidimensional, transcultural e universal – o World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL) que explora a subjetividade e a relação entre os vários aspectos da vida entre os quais aqueles ligados ao estado de saúde (POWER et al, 1998);
- d) tem influenciado de modo significativo a discussão de QV na área de saúde e possibilitou uma aproximação conceitual de QV (ainda pouco explorada), dessa área com áreas das ciências sociais principalmente ao embutir na formulação da concepção dois aspectos caros ao construto: a subjetividade e a multidimensionalidade.

No caso da subjetividade parte-se da premissa de que QV é construída a partir da percepção que o indivíduo tem de uma vida com qualidade (ou satisfatória) tendo como pressupostos que o estado de satisfação individual, na procura da realização de determinada aspiração, constitui experiência pessoal, que o desejo de obtenção de satisfação projeta-se na obtenção de melhores condições de vida e que a própria opinião do indivíduo a respeito de sua vida é que lhe identifica a ação de fatores determinantes na sua QV.

Quanto à multidimensionalidade, segundo Fleck (2000) existe o reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões,

das quais quatro são bastante reconhecidas pela OMS: a física, a psicológica, a social e a ambiental, interpretadas sempre na direção da subjetividade, ou seja, como os indivíduos percebem a sua condição física, a sua condição cognitiva e afetiva, seus relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida e os aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

### **3.1 Qualidade de vida e ambiente - interfaces possíveis**

O contexto que serve de pano de fundo para a discussão de QV em doenças crônicas encontra uma interface interessante nas similaridades conceituais e metodológicas entre QV interpretada sob as perspectivas das áreas que estudam o ambiente e da área da saúde, pois ambos os campos de conhecimento podem abordar a discussão teórica e metodológica sobre a satisfação com a vida de modo multidimensional e mais compreensivo.

Nesse caso, autores como Rogerson (1995) e Pacione (2003) buscaram estabelecer uma associação conceitual e metodológica entre esses campos a partir do desenvolvimento e aplicação de modelos teóricos de QV, no sentido de entender a relação entre os fenômenos objetivos e subjetivos, coletivos e individuais presentes na discussão de QV que podem ser extrapolados para as áreas da saúde das ciências humanas.

Em um estudo teórico Rogerson (1995) buscou exatamente essa aproximação ao expor em um modelo a relação entre aquilo que o ambiente fornece para a pessoa e a percepção da pessoa em relação ao ambiente que a cerca estudando, portanto, os elementos objetivos (ou condição de vida) e subjetivos da QV.

Para Pacione (2003) por sua vez, estudar QV e condições de vida é questão chave na pesquisa em geografia social urbana, já que nesse tipo de pesquisa introduz-se o conceito de indicadores sociais territoriais para identificar e analisar variações sócio-espaciais na QV em diferentes escalas geográficas usando-se medidas objetivas derivadas de estudos de campo ou de análises baseadas em censos e dados. Para esse autor o interesse crescente sobre a avaliação da QV baseada nesse modelo, tem como principal razão o fato de que a existência das desigualdades materiais e de oportunidades, e por consequência da exclusão social pode influenciar de modo decisivo a QV.

Embora a temática da exclusão social seja muito extensa para esse estudo dois aspectos são fundamentais: o que considera a exclusão social como exclusão espacial e que o espaço é uma categoria de síntese e convergência onde se expressam os diversos processos envolvidos nas

condições de vida, ambiente e saúde (BARCELLOS et. al., 2002) e que o espaço vivido nas áreas de exclusão social é muito diferente daquele vivido numa área de inclusão social e, por isso, é sempre interessante apreender as estratégias de sobrevivência resultantes dessas diferenças (MELAZZO et al, 2003).

Diante do exposto o desenvolvimento desse estudo fundamentou-se em algumas premissas: a que situa a QV como protagonista no estudo da relação entre a pessoa e aspectos de seu ambiente; a que coloca doenças crônicas como condições influenciadoras importantes da QV e, como consequência, da relação pessoa-ambiente; a que interpreta QV como instrumento que torna possível a abordagem de assuntos que estabeleçam uma complementaridade de conceitos entre saúde e ambiente.

#### **4. OBJETIVO**

Investigar a influência de aspectos da condição de vida individuais e territoriais sobre a percepção de QV e do ambiente de pessoas com doença pulmonar crônica.

#### **5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esse estudo tem caráter transversal, descritivo e avaliativo, cujo procedimento metodológico foi construído nas seguintes etapas:

- rastreamento dos casos diagnosticados de DPOC em Presidente Prudente em bancos de dados do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS (SIH-DATASUS), que registra internações hospitalares nos hospitais conveniados com o SUS e em registros de ambulatórios médicos. Em ambos os casos o endereço da pessoa foi dado fundamental para possibilitar o mapeamento dos casos e para a realização da entrevista.
- mapeamento dos casos a partir do rastreamento e obtenção do endereço para posteriores comparações entre a avaliação da QV de pessoas com DPOC vivendo em áreas de exclusão e em áreas de inclusão na cidade de Presidente Prudente tendo como base cartográfica o mapa de

exclusão/inclusão de Presidente Prudente, elaborado pelo CEMESPP em 2003 (MELAZZO et al, 2003);

- aplicação de dois instrumentos em entrevista única domiciliar:

a) o questionário de QV WHOQOL-abreviado traduzido para o português por Fleck et al (2000) que contém de 26 questões, que avaliam os domínios percepção da QV, satisfação com saúde e físico psicológico, social e ambiente. Esse domínio, por sua vez, compreende questões sobre segurança física/proteção, qualidade do ambiente físico, recursos financeiros, oportunidades de novas informações/habilidades, oportunidades de lazer, ambiente no lar, acessibilidade aos cuidados de saúde e transporte.

As respostas para as questões são dadas em uma escala de cinco opções de resposta com as perguntas sendo respondidas por meio de dois tipos de graduação: intensidade [que varia de nada (escore 1) a extremamente (escore 5)] e avaliação (que varia de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (5)).

A análise das respostas pode ser realizada pela frequência relativa das respostas para cada questão e para os domínios e por um escore médio para cada domínio que varia de 1 a 5. Por meio do escore médio pode-se verificar os graus de insatisfação (escores 1 e 2) e satisfação (escores 4 e 5) que o indivíduo tem em relação aos domínios avaliados.

b) o questionário de condição de vida que foi fundamentado no Questionário de Avaliação de Condições de Vida elaborado pelo grupo CEMESPP como metodologia do Projeto Circuitos da Exclusão e da Pobreza em Álvares Machado e Rancharia (GUIMARÃES, 2009) com questões relativas a: sexo, idade, renda, ocupação profissional, escolaridade, situação conjugal e mobilidade.

A análise estatística dos resultados obtidos foi fundamentada em análises descritivas. Nesse caso os resultados obtidos no WHOQOL-abreviado foram interpretados de duas maneiras: como frequência relativa de respostas obtidas nos escores de 1 a 5 de cada uma das questões respondidas e como valores médios e desvio padrão para as questões de percepção de QV e satisfação com a saúde e domínio ambiente.

As variáveis obtidas do questionário de condições de vida foram descritas como frequências relativas e valores médios e desvio padrão.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Características da população estudada

Participaram do estudo 34 pessoas com DPOC sendo 23 homens (68%) e 11 mulheres (32%), com idade média de  $70 \pm 7,3$  anos (variação de 52 a 81 anos).

Em relação a aspectos das condições de vida quanto:

- ao estado civil: 68% eram casados, 9% separados, 21% viúvos (21%) e 3% solteiros;
- à escolaridade: foi observada uma média de  $4,3 \pm 3,9$  anos de estudo sendo que 14% eram analfabetos, 68% tinham até 4 anos de estudo 6% até 8 anos e 12% no mínimo 11 anos;
- à renda per capita familiar: 29% declaram renda de até 1 Salário Mínimo (SM), 19% de 1 SM, 26% entre 1 a 2 SM, 16% entre 2 e 3 SM e 10% de 7 SM.
- à situação da ocupação: 55% estavam aposentados e não trabalhavam, 24% estavam aposentados e trabalhavam, 9% estavam afastados do trabalho, 6% trabalhavam com rendimento e 6% trabalhavam em casa e não tinham rendimento;
- à condição do domicílio: 94% das residências eram de alvenaria sendo que em 21% delas não havia forro em pelos menos uma parte da casa. A média do número de cômodos foi de  $6,1 \pm 1,5$  (variação de 3 a 10) havendo em média  $2,5 \pm 0,7$  dormitórios (variação de 1 a 4) e  $1,8 \pm 0,8$  banheiros (variação de 1 a 4);
- ao uso de meio de transporte para realização de atividades pessoais (de lazer, sociais, religiosas): 88% declararam usar um meio de transporte e 12% pelo menos dois meios. Quanto ao meio utilizado 47% declararam usar carro próprio, 38% ônibus de linha, 21% carona, 6% a pé e 3% táxi.

### 6.2 Percepção da QV, satisfação com a saúde e do domínio ambiente

Os resultados obtidos no WHOQOL estão expressos em tabelas onde são visualizadas as opções de respostas e a frequência relativa (em %) obtidas em cada resposta. Assim sendo na tabela 1 estão expostos os

resultados para a percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, na tabela 2 os resultados para cada questão compreendida no domínio ambiente.

**Tabela 1: Qualidade de vida e satisfação com a saúde**

Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
Opção de resposta	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Frequência%	2,9	5,9	35,3	47,1	8,8
Quão satisfeito você está com a sua saúde?					
Opção de resposta	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,9	17,6	41,2	35,3	2,9

**Fonte:** WHOQOL-abreviado

Os resultados mostram que para a QV, 56% das pessoas a classificaram como satisfatória e 9% como insatisfatória e quanto à saúde, 38% das pessoas a classificaram como satisfatória e 20% como insatisfatória.

**Tabela 2: Questões do domínio ambiente**

Quão seguro você se sente em sua vida diária?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	5,9	41,2	47,1	5,9
Quão saudável é o seu ambiente físico?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	5,9	17,6	38,2	29,4	8,8
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	11,8	29,4	47,1	2,9	8,8
Quão seguro você se sente em sua vida diária?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	5,9	41,2	47,1	5,9
Quão saudável é o seu ambiente físico?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	5,9	17,6	38,2	29,4	8,8
Frequência%	2,9	2,9	14,7	55,9	23,5

**Fonte:** WHOQOL-abreviado

**Tabela 2: Questões do domínio ambiente (continuação)**

Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	11,8	29,4	47,1	2,9	8,8
Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	0,0	11,8	47,1	29,4	11,8
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					
Escala	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Frequência%	17,6	26,5	35,3	14,7	5,9
Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,9	2,9	17,6	32,4	44,1
Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	0,0	2,9	11,8	50,0	35,3
Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?					
Escala	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Frequência%	2,9	2,9	14,7	55,9	23,5

Fonte: WHOQOL-abreviado

Os resultados mostram que, para o domínio ambiente as questões mais insatisfatórias foram sobre as oportunidades de lazer e a suficiência financeira com 44,1% e 41,2% das respostas “nada e muito pouco”, respectivamente, enquanto as mais satisfatórias foram sobre o acesso a um serviço de saúde e meio de transporte com 85,3% e 79,4% das respostas “satisfeito e muito satisfeito”, respectivamente.

### 6.3 Qualidade de vida e variáveis de condição de vida – distribuição da frequência de respostas

Nesse item os resultados obtidos no WHOQOL estão expressos nas tabelas de 3 a 9, onde são visualizadas as opções de resposta distribuídas segundo sexo, idade, situação conjugal, renda e escolaridade. Para efeito de

distribuição: a variável idade foi dividida em dois grupos a partir do valor mediano obtido no grupo: pessoas até 69 anos e pessoas com 70 anos ou mais; situação conjugal em dois grupos: com companheiro(a) e sem companheiro(a); renda em quatro grupos: até um salário mínimo, acima de um a dois, acima de dois a três e acima de três e escolaridade em três grupos: zero anos de estudo, de um a quatro e de oito anos e mais.

**Tabela 3:** Mulheres com até 69 anos com companheiro: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
Menos 1 SM Zero anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Satisfatória	Satisfatória
1 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
De 1 a 2 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória

**Tabela 4:** Mulheres com até 69 anos sem companheiro: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
Menos 1 SM 4 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
De 1 a 2 SM Zero anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Satisfatória
De 2 a 3 SM 4 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Satisfatória	Satisfatória

**Tabela 5:** Mulheres 70 anos e mais sem companheiro: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
Menos 1 SM 4 anos	2	0,6	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
1 SM 4 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
De 2 a 3 SM 4 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatório nem satisfatório
De 2 a 3 SM 11 anos	1	0,3	Satisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória

**Tabela 6:** Homens com até 69 anos com companheira: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
Menos 1 SM 4 anos	2	0,6	Nem insatisfatória nem satisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
1 SM 4 anos	2	0,6	Insatisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
De 1 a 2 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Satisfatória
Mais 7 SM 8 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Satisfatória
Mais 7 SM 11 anos	2	0,6	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Satisfatória

**Tabela 7:** Homens com até 69 anos sem companheira: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
1 SM 4 anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Satisfatória
1 a 2 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória

**Tabela 8:** Homens com 70 anos e mais com companheira: QV, saúde e ambiente

Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
Menos 1 SM Zero anos	1	0,3	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
Menos 1 SM 4 anos	3	0,9	Satisfatória	Satisfatória	Satisfatória
Menos 1 SM 8 anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
1 SM 4 anos	1	0,3	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Insatisfatória
1 a 2 SM Zero anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
1 a 2 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
2 a 3 SM 4 anos	2	0,6	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória
2 a 3 SM 11 anos	1	0,3	Satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória

**Tabela 9:** Homens com 70 anos e mais com companheira: QV, saúde e ambiente

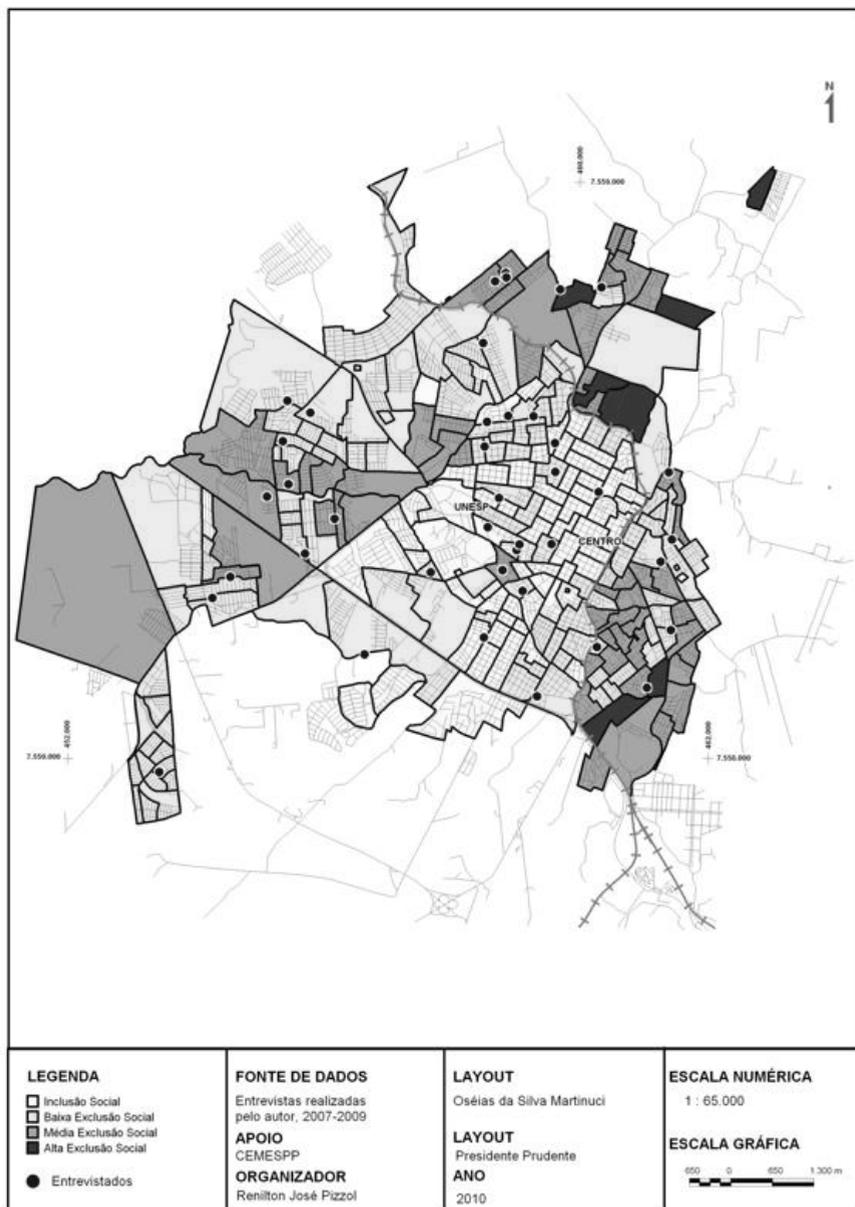
Entrevistado (renda e anos de estudo)	Número absoluto	% da amostra	Percepção de QV	Satisfação com a saúde	Satisfação com o ambiente
1 a 2 SM Zero anos	1	0,3	Satisfatória	Satisfatória	Satisfatória
1 a 2 SM 4 anos	1	0,3	Satisfatória	Insatisfatória	Nem insatisfatória nem satisfatória

A distribuição dos resultados mostrou que a QV foi considerada o aspecto mais satisfatório enquanto o ambiente teve o maior número de respostas nem insatisfatórias/satisfatórias e a saúde foi considerada a mais insatisfatória. Em relação aos grupos observou-se que na faixa etária até 69 anos, tanto para homens como para mulheres com ou sem companheiros não houve um predomínio da avaliação positiva (de satisfação) em relação à intermediária (nem insatisfação/satisfação) enquanto que no grupo acima 70 anos e mais houve uma tendência a se fazer uma avaliação intermediária dos domínios. Para ambos os grupos a satisfação com a saúde sempre foi a pior avaliada.

#### 6.4. Distribuição espacial da população com DPOC

Após a realização das entrevistas a população com DPOC foi distribuída espacialmente no mapa de exclusão/inclusão social da cidade de Presidente Prudente como mostra a Figura 3.

Como a figura mostra 27,5% das pessoas entrevistadas residiam nas áreas consideradas de média/alta exclusão, 32,5% nas áreas de baixa exclusão e 22,5% nas áreas de inclusão social indicando um equilíbrio na distribuição das pessoas entrevistadas.



**Figura 2:** Distribuição da população com DPOC nas áreas de exclusão/inclusão social na cidade de Presidente Prudente

## **6.5 Qualidade de vida e áreas de exclusão/inclusão social – uma análise de comparação**

Nesse item procurou-se fazer uma comparação entre os valores obtidos na percepção de QV e no domínio ambiente do WHOQOL-abreviado e as áreas de exclusão/inclusão social do Mapa de Exclusão/Inclusão Social de Presidente Prudente. Os resultados mostraram que os residentes das três áreas apresentaram um valor médio entre 3,4 e 3,6 para a percepção de QV e entre 3,5 e 3,7 para a percepção do domínio ambiente indicando que as áreas de exclusão não foram determinantes na avaliação desses domínios.

## **7. DISCUSSÃO**

Os pressupostos colocados nesse estudo foram fundamentados na possível relação entre QV individual, subjetiva e multidimensional e condições de vida objetivas individuais e coletivas territorializadas.

A população estudada e que fundamentou a possibilidade do estabelecimento dessa relação apresentava uma doença crônica respiratória com potencial limitador e, por isso, influenciador da percepção do indivíduo em relação à avaliação de sua vida sob os vários aspectos que a compõem. Além disso, as doenças crônicas são fundamentais para entender o processo saúde-doença, cujos determinantes e condicionantes, segundo Seidl e Zannon (2004) são multifatoriais e complexos compreendidos como um continuum e relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida.

Para operacionalizar essa relação optou-se, por um lado, em avaliar a QV por instrumento que carrega em sua concepção o peso filosófico e teórico da OMS e que dá oportunidade para que a pessoa reflita sobre o grau de satisfação com várias dimensões da vida proporcionando uma avaliação subjetiva de questões de apelo objetivo.

Por outro lado foram investigadas variáveis da condição de vida individual identificadas com QV e a condição de vida coletiva expressa territorialmente por mapa temático baseado em indicadores sociais, definidor de áreas de exclusão/inclusão social da cidade.

Em relação aos atributos individuais observou-se que a população estudada foi composta majoritariamente por homens (refletindo a prevalência

maior de tabagismo entre os homens) e idosos (refletindo a cronicidade da doença).

Quanto às condições de vida observou-se que prevaleceu: uma situação conjugal satisfatória (maioria das pessoas declarou ter companheiro); renda per capita familiar de até dois SM caracterizando um perfil econômico de classe D; escolaridade baixa de até quatro anos; tipo de ocupação caracterizado por trabalhos manuais e de pouca especialização. Além disso, foi observado que a maioria morava em casas de baixo padrão que contavam com pequenos cômodos (geralmente uma sala, uma cozinha, dois quartos e dois banheiros) que abrigavam cônjuges e eventualmente filhos solteiros e/ou casados e netos.

Já os resultados sobre QV mostraram que em relação à percepção de QV e satisfação com a saúde existiu um “descolamento” entre os dois aspectos que poderia ser explicado: a) pelo fato das pessoas entrevistadas apresentarem uma condição crônica que exige uma vigilância constante no controle dos sintomas, mas de moderado potencial impactante que não reverberou de modo intenso na percepção geral de QV; b) pelo fato de pessoas mais velhas se preocuparem mais com a sua condição de saúde, como observam Gabriel e Bowling (2004) e c) por um possível processo de adaptação que gerou perspectivas positivas de avaliação de QV em outras dimensões que não se relacionam diretamente com a saúde;

Quanto ao domínio ambiente foi observado que houve uma leve tendência a considerar satisfatório os seus aspectos contribuindo para isso a avaliação satisfatória de quatro questões: qualidade do transporte usado, acesso aos serviços de saúde, ambiente no lar e sensação de segurança física. Esses resultados podem indicar que os aspectos do ambiente não foram considerados barreiras importantes para a percepção do impacto que a doença crônica, ou seja, para as pessoas avaliadas o ambiente físico não foi um determinante de dependência e influenciador negativo da QV como pode acontecer com grupos populacionais com a faixa etária (70 anos) das pessoas que participaram desse estudo.

Na análise de uma possível associação entre a perspectiva individual de QV e aspectos das condições de vida individuais, os resultados mostraram que as variáveis estudadas não tiveram influência sobre a percepção da QV e do domínio ambiente embora estudos indiquem tendências contrárias em situações de vida também potencialmente limitantes e impactantes (SPRANGERS et al, 2000; JAKOBSSON, HALLBERG, WESTERGREN, 2004).

Já na análise da relação entre QV e as áreas de exclusão e inclusão social também não foi observado que as condições de vida do território

influenciaram a percepção de QV embora as pessoas vivendo em áreas de exclusão tenham apresentado uma leve tendência em apresentar pior QV quando comparada com as pessoas vivendo em outras áreas indicando que a situação de vida mais coletiva também não foi considerada como fator potencializador da QV. Outra questão que pode ter contribuído para isso foi a de que nem todos os aspectos ambientais considerados no WHOQOL tinham uma associação direta com os indicadores sociais utilizados para a definição das áreas o que pode ter diminuído a sensibilidade da relação.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios teóricos e metodológicos deste estudo surgiram em decorrência do estabelecimento de uma relação entre o espaço urbano, onde são expressos diversos processos envolvidos nas situações de saúde, e aspectos que caracterizam estas condições, como a qualidade de vida.

Nesse sentido o enfrentamento de tais desafios se situa na complementaridade de conceitos entre as ciências que estudam o ambiente e a saúde e a premissa utilizada para discutir essa questão foi a de eleger a QV como construto teórico e metodológico capaz de promover e aprofundar a relação possível com aspectos que podem refletir a situação de vida e do ambiente vivido e sua satisfação com essas condições.

Esse estudo indicou tendências dessa relação, mas novos estudos são necessários para permitir um maior aprofundamento nas questões inerentes a esses desafios.

## REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C.C.; SABROZA, P. C.; PEITE, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v.11, n.3, p.129-138, 2002.

CAMPOS, Hisbello da Silva; LEMOS, Antonio Carlos Moreira. A asma e a DPOC na visão do pneumologista. J Bras Pneumol, v.35, n.4, p.301-309, 2009.

- FLECK, MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública, v.34, n.2, p.178-183, 2000.
- GABRIEL, Z., BOWLING, A. Quality of life from the perspectives of older people. Ageing and Society, v.24, n.5, p.675-69, 2004.
- GUIMARÃES, Raul Borges et al. Circuitos da exclusão social e da pobreza urbana em Álvares Machado e Rancharia. Relatório final do Projeto Políticas Públicas CEMESPP/UNESP/FAPESP, 129p, Presidente Prudente, 2009.
- JAKOBSSON, U., HALLBERG, I.R., WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. Qual Life Res. v.13, n.1, p.125-36, 2004
- KUYKEN, W. et al. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the WHO. Soc Sci Med, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.
- MELAZZO, Everaldo Santos Melazzo et al. Atlas de Inclusão/Exclusão Social de Presidente Prudente. Presidente Prudente: FAPESP/UNESP, 2003. CD-ROM.
- MINAYO, Maria. C. de Souza; HARTZ, Zulmira A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.19, p.7-18, 2000.
- MURRAY, C. J. L.; LOPEZ, A. D. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. Science, v.274, p.740-743, 1996.
- PACIONE, M. Introduction on urban environmental quality and human wellbeing. Landscape and Urban Planning, v.65, p.1-3, 2003.
- PAES-SOUSA, Rômulo. Revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Cad. Saúde Pública, vol.18 n.5, p.1411-1421, 2002.
- POWER, M. et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med, v.12, n.46, p.1569-1585, 1998a.
- ROGERSON, Robert R. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Soc Sci Med, v.41, n.10, p.1373-1382, 1995.

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

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

SEIDL, Eliane Fleury; ZANNON, Célia Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, v.20, n.2, 2004.

SKEVINGTON, S.M., LOTFY, M., O'CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research, v.13, p.299–310, 2004.

SPRANGERS, M.A. et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol, v. 53, n.9, p.895-907, 2000.

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