

A QUALIDADE DE VIDA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
REFLETINDO SOBRE SIGNIFICADOS

QUALITY OF LIFE IN THE STRATEGY OF THE FAMILY HEALTH:
REFLECT ABOUT THE MEANING OF CONCEPT

LA CUALIDAD DE VIDA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA:
REFLEXIONANDO SOBRE SIGNIFICADOS

Edilza Maria Ribeiro*

RESUMO: Este trabalho propõe-se a refletir sobre o significado do conceito "Qualidade de Vida", na e para Estratégia da Saúde da Família, empregado por representantes do Ministério da Saúde. Analisou-se o relatório final do 1º Seminário sobre Experiências Internacionais em Saúde da Família, realizado em Brasília em 1998, publicado em 1999 e 2000. Efetuou-se revisão teórica sobre aquele conceito, segundo autores como Colby (1987), Lindstrom, Katz (1987), Hinshaw (1992), Kuczynski & Assumpção (1999), Meeberg (1993), Romano (1993), Ware (1987), Pinto et al (1999). Após, refletiu-se sobre as possibilidades do significado da Qualidade de Vida, nos discursos oficiais e aqueles propostos pelo quadro de autores referenciados. Conclui-se que falta uma definição norteadora de consenso, do significado da Qualidade de Vida, a fim de que as equipes de saúde da família possam efetivamente conduzir sua prática profissional, em busca do objetivo de inovar o modelo de atenção em saúde.

DESCRITORES: Saúde da família; Planos e programas de saúde; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O ano 1994, foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o Ano Internacional da Família. Constituiu-se também o marco/momento no qual elegeu-se a família como foco principal do cuidado profissional de saúde em atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (PSF), como "eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil" (Anais da Reunião Técnica dos Pólos, 2000, p. 5).

Em finais do ano 2000, o Ministério da Saúde atinge um contingente expressivo de trabalhadores de saúde incorporados às equipes de saúde da família, totalizando 10.500 equipes. Para o ano 2002, a meta oficial é de 20.000 equipes, prevendo-se uma cobertura populacional, pelo PSF, de 80 milhões de pessoas (Anais Reunião Técnica dos Pólos, 2000).

No PSF propõe-se superar a fragmentação dos cuidados à saúde decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde; eleger a família e seu espaço social como núcleo básico central da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social. Representa, assim, uma mudança substantiva no sentido da vigilância à saúde, onde se espera um olhar multiprofissional e uma prática multisetorial (Peres, 1999).

Segundo Vasconcelos (1999), a valorização da família nos serviços públicos comunitários pode ser efetivada de dois modos: a) abordagem aos problemas individuais, usualmente atendidos em sua rotina, mediante intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares; b) apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise que colocam em risco a vida de um de seus membros. Essas famílias podem ser identificadas por

Recebido em 20/07/01 aceito em 11/10/01

* Enfermeira, Mestre em Saúde do Adulto, Professor Titular da Univ. Federal de Santa Catarina na área da Saúde da Criança e da Família. E-mail: edilzamr@linhalivre.net

diferentes indicadores: presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, fracasso escolar de seus membros, ocorrência de óbitos por causas tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de negligência e crise interna, crianças saindo para viver na rua, presença de idosos com sinal de descuido, atritos frequentes com a vizinhança, repetição de atitudes prejudiciais à comunidade local, doença incapacitante dos pais, desemprego prolongado e separação do casal. A presença desses indicadores apontam para a necessidade de apoio sistemático que está centrada na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

Percebemos porém, que na Atenção Básica de Saúde (ABS) e PSF, a família é definida e situada a partir de seu ambiente físico e social. Deixa-se de mencionar, nos discursos oficiais, a atenção à família no seu processo de ser e viver, como pré condição para a construção da qualidade de vida e seus desdobramentos para planejamento/execução da atividade profissional.

Em julho de 1998, realizou-se em Brasília, o Seminário sobre Experiências Internacionais em Saúde da Família. Aproximadamente 1000 participantes buscaram com avidez, compreender, ampliar e compartilhar seu pensar e fazer do que se denomina PSF. Neste Seminário se ratifica, nas falas dos conferencistas, transcritas no relatório de 2000, a questão da qualidade de vida como requerida e resultante da implementação do PSF.

Tendo entendimento que este termo não foi suficientemente elucidado ou que haja suficiente concordância de significados entre idealizadores, coordenadores ou executores do PSF, desenvolvo este trabalho. Busco compartilhar com profissionais envolvidos no PSF, dimensões percebidas à cerca de qualidade de vida, identificadas nas falas/documento de representantes do Ministério da Saúde, à partir do Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, resignificando conceitos e instigando formulações oficiais mais amplas e explícitas.

Outros eventos/documentos oficiais abordam o tema qualidade de vida mas a escolha daquele seminário se justifica pela importância do evento, num momento do "boom" do PSF, e pela mobilização que causou em todo o Brasil junto aos profissionais das equipes, aos representantes municipais, estaduais, junto a escolas/universidades. Houve o espaço para o novo, para o compartilhar, discutir e sugerir de uma forma envolvente e permeada pela crença na mudança. Novos eventos que se seguiram tem ratificado as posições oficiais sobre qualidade de vida, como na 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada em novembro de 1999.

DELINEANDO O PERCURSO DA REFLEXÃO PSF E QUALIDADE DE VIDA

Os procedimentos adotados para viabilizar o alcance do objetivo deste trabalho foram: revisão teórica sobre qualidade de vida, definindo o "prisma" através do qual as falas foram analisadas; seleção de falas de convidados, mencionando qualidade de vida, das conferências de abertura e conferência inaugural do 1º Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família; busca de dimensões/entrecruzar possibilidades de significados; elaboração de reflexões e formulação de questionamentos sobre o significado de qualidade de vida no PSF.

A QUALIDADE DE VIDA NA LITERATURA

O termo qualidade de vida (QV), é uma expressão contemporânea, usual, carregada de significados e expectativas, porém cercada de indefinições. Tem-se como marco de início de seu uso, uma fala do presidente Lindon Johnson, dos Estados Unidos, em 1964 (Meeberg, 1993). Tem sido adotado em várias instâncias do mundo social, na política, nas questões ambientais, comerciais, na saúde, na educação e também no cotidiano das pessoas.

A menção de que QV abrange uma ampla variação, desde as questões macro sociais até o mundo particular dos sujeitos, constitui-se num dos vários aspectos da referida indefinição. Muitos termos são usados como sinônimos de QV tais como bem estar, condições de vida, satisfação de vida ou de necessidades.

Mac Call (apud Meeberg, 1993), é por exemplo, um autor que reflete o amplo espectro pelo qual veiculam as definições do termo; considera QV tanto para os indivíduos como para a sociedade como um todo.

Pinto et al. (1999), correlacionam QV com cidadania plena (direitos civis, políticos e sociais). Consideram um desafio falar em QV no Brasil pois trata-se de um país que ainda não conseguiu superar problemas elementares como a desigualdade na distribuição da renda. Para os autores "viver com qualidade de vida é fazer valer os direitos sociais, amparados por lei, conforme o artigo 6º da Constituição de 1988, sendo direitos sociais a educação, o transporte, a habitação, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância".

Lindstrom (apud Kuczynski & Assumpção, 1999), considera que um modelo ideal de avaliação de QV contempla quatro esferas de vida de aplicação universal: a esfera global (sociedade e macro ambiente), a esfera externa (condições sócio-econômicas), a esfera interpessoal (estrutura e função de apoio) e a esfera pessoal (condições físicas, mentais e espirituais).

As controvérsias também aparecem nos instrumentos de mensuração de QV. Escalas unidimensionais buscam mensurar situação de pessoas frente a um aspecto restrito. Escalas multidimensionais incluem fatores com satisfação no trabalho, satisfação no casamento e condições de vida, alguns fatores dos muitos possíveis (Ware, 1987).

Ware (1987), discutindo a dimensionalidade da saúde e a extensão em que cada dimensão pode ser medida, reforça a necessidade de padrões de julgamento da validade das medidas de saúde. Medidas válidas e confiáveis podem produzir levantamentos de saúde da população em geral, opção das políticas de saúde que enfocam benefícios de saúde, pesquisas de serviços de saúde e para a prática clínica. Para este autor, uso de QV está provavelmente causando alguma confusão porque ele é tão englobante. Trabalho, casa, escola e vizinhança não são atributos da saúde individual e eles estão fora do sistema de cuidado de saúde. Refere haver boas razões em favor de uma definição mais limitada, quando aplicada para a saúde do indivíduo.

Para Romano (1993), as revisões mais atuais sobre o tema confundem nível de vida e QV. O primeiro seria um indicador de variáveis como moradia, educação, trabalho, condições de saneamento básico, disponibilidade e facilidade para a assistência ambulatorial e hospitalar, ou seja, condições que dependem primordialmente de definições e perspectivas políticas, portanto voltadas para a comunidade como um todo. A autora alerta que os vários estudiosos sobre o tema enfatizam que nível de vida e qualidade de vida são conceitos totalmente diferentes, sendo o primeiro voltado para a comunidade e o segundo ou QV sendo um atributo do indivíduo. "São entidades bastante distintas, apesar de complementares" (Romano, 1993).

Um outro ponto que gera ambigüidade, frente ao uso e aplicação da qualidade de vida, é a adoção de apenas uma das duas dimensões da vida, ou quantitativa/objetiva ou qualitativa/subjetiva. No primeiro, a vida se expressa em termos de média de expectativa de vida, taxas de mortalidade e morbidade e de indicadores de causa mortis, entre outros. A qualidade é uma dimensão mais complexa, que sofre evolução por acompanhar a dinâmica da humanidade, suas culturas, suas prioridades e crenças. Implica em algo muito maior que presença ou ausência de doença, inclui a capacidade e habilidade para o desempenho de papéis domésticos, vocacional e social do indivíduo, seu bem estar emocional, a percepção sobre sua vida e saúde (Colby, 1987; Meeberg, 1993; Romano, 1993).

A natureza subjetiva da QV faz com que existam várias formas de definição que se referem a satisfação individual, satisfação das necessidades, habilidade para exercer funções, realização de planos e gerenciamento da própria vida (Fowlie & Berkely, 1987 apud Rabelo, 1999). A QV de pessoas com doenças específicas é do interesse dos clientes e também das famílias, que se defrontam com os efeitos da saúde comprometida e seu tratamento, portanto, deve ser levada em conta quando se cuida de um cliente e quando se escolhe um determinado tratamento (Patrick & Erickson, 1987 apud Rabelo, 1999).

Segundo Ware (1987), a meta do sistema de cuidado de saúde é maximizar componentes da QV, isto é, o estado de saúde. Além da dimensionalidade, a saúde contém um amplo "espectrum" de variação dos estados de saúde, de doença e bem estar. Recomenda cinco componentes do conceito de saúde quais sejam: saúde física, saúde mental, funcionamento social, funcionamento no papel e percepções da saúde em geral.

Meeberg (1993), define atributos críticos da QV possibilitando a diferenciação deste conceito de outros relacionados: (1) sentimento de satisfação com a própria vida; (2) capacidade mental para avaliar sua própria vida como satisfatória ou não; (3) um aceitável estado de saúde física, mental, social e emocional; (4) uma avaliação, por validadores externos, se as condições de vida daquela pessoa são adequadas e sua vida não está ameaçada.

Colby (1987), desenvolvendo uma teoria antropológica do bem estar define como componentes a saúde física, a satisfação e a felicidade. Nestes termos bem estar e QV poderiam ser tomados como equivalentes. Considera que bem estar possa ser conhecido e atingido numa escala transnacional e transcultural. A teoria antropológica do bem estar identifica três campos do interesse humano e comportamental: (1) o ecológico, o mundo material da subsistência, tecnologia, trabalho e economia; (2) o social o mundo do relacionamento interpessoal, ancorado em estruturas sociais e guiado por convenções ético sociais; e (3) o interpretativo, o mundo do meta pensamento, do sistema simbólico, e nível de meta análise, incluindo o meta comportamento e meta atitudes. O sistema cognitivo representa esses mundos na mente do indivíduo combinado em um "espaço de vida" que inclui muitos papéis que ele assume, a interrelação entre eles e a avaliação que ele faz de si mesmo e das outras pessoas e situações (Colby, 1987).

Da perspectiva evolucionária, bem estar nestes três mundos deveria significar sucesso biocultural que por sua vez depende do potencial adaptativo. No mundo ecológico a primeira condição na qual as forças seletivas operam é a adaptação no ambiente físico ou material a qual decorre da eficácia e diversidade de repertório dos padrões culturais. No mundo social, a condição para o sucesso biocultural é o altruísmo, ou, boa vontade de fazer algo por outrem, mesmo significando algum prejuízo para si mesmo; requer afeto social positivo e autonomia pró-social e esta última envolve a tolerância. No 3º mundo do interesse humano, o interpretativo, o sucesso biocultural pressupõe a criatividade. A criatividade depende da imaginação, da capacidade de abstração, variação analógica, predição e mudança contextual. O potencial adaptativo além de adaptação, altruísmo e criatividade, inclui modos comportamentais e características situacionais através da tríade ator – valores – situação. O melhor indicador do sucesso biocultural é a longevidade e esta é consequência da saúde (Colby, 1987).

Pode-se perceber que o conceito de saúde de Ware (1987) ultrapassa componentes biológicos, assemelhando-se ao conceito de QV de Meeberg (1993) e de bem estar de Colby (1987).

Katz (1987), dá ênfase ao estudo da QV aplicada a portadores de doenças crônicas. Como a expectativa de vida vem aumentando dramaticamente em todo o mundo, mudando o foco do cuidado das doenças infecciosas para as crônicas, e frente às novas tecnologias, reforça a importância do exame da relação entre prolongamento da vida X qualidade de vida. Hinshaw (1992), aponta na direção da crescente importância da QV, pelas mesmas razões que Katz (1987), em função do predomínio crescente da doença crônica e destaca as áreas para exame da QV como a do câncer, das doenças renais, estresse, AIDS, entre outras. Kuczynski & Assumpção (1999) apontam que no ano 2000, um em cada mil adultos entre 20 e 24 anos será sobrevivente do câncer infantil, e estes sujeitos que emergiram de um processo de sofrimento longo e doloroso até chegarem a cura, medem seu sucesso terapêutico não apenas pela sobrevida livre do câncer, pela capacidade funcional e desempenho, mas pela QV a qual define como experiência subjetiva de bem estar.

AS FALAS DOS CONFERENCISTAS E POSSIBILIDADES DE SIGNIFICADO DA QUALIDADE DE VIDA NO PSF

Falaram na mesa de abertura do Seminário sobre Experiências Internacionais em Saúde da Família, Heloisa Machado de Souza, coordenadora de Atenção Básica de Saúde, Anna Maria Pelianno, secretária executiva do Comunidade Solidária e coordenadora do Seminário e, Renilson Rehem, secretário de Assistência à Saúde. Na conferência inaugural falaram Anna Maria Pelianno, Adib Jatene, diretor do Instituto do Coração / Hospital das Clínicas de São Paulo e José Serra, Ministro da Saúde. O termo QV aparece principalmente na fala de Anna Maria Pelianno. As falas contendo o termo QV são aqui destacadas, procedendo-se a análise em busca de significados.

1º Destaque

"O Programa de Saúde da Família hoje representa um eixo da reestruturação da atenção primária de saúde, a partir da reestruturação do modelo de assistência. Ele muda o enfoque da atenção, que passa a ser a família e o meio que ela vive. Ele se propõe a trabalhar com princípios de vigilância à saúde apresentando uma característica do trabalho inter e multi-setorial...; saúde não se resolve apenas no

posto de saúde, a questão de renda, ocupação e qualidade de vida, tem implicações muito mais amplas e que essas áreas estão intrinsecamente interrelacionadas”...

“Hoje temos a certeza que, isoladamente, nem o governo federal ou qualquer instância de governo pode equacionar os problemas sociais de qualidade de vida e os problemas de saúde.”

QV aparece junto das condições de vida, é diferente porém complementar, havendo concordância desta posição com a de Romano (1993), ou ainda, QV não está correlacionada as condições de cidadania plena, apontadas por Pinto et al (1999). A QV está ligada a uma dimensão macro, ampla e ao mesmo tempo contextual, quando se aponta a família como espaço de atenção. Poderíamos pensar que aí se fazem presentes pelo menos três esferas de vida apontadas por Lindstrom (apud Kuczynski & Assumpção, 1999), a global, externa e uma forte presença da esfera interpessoal (estrutura e apoio), pela ênfase dado ao trabalho inter e multi – setorial. Também se fazem presentes as dimensões apontadas por Mac Call (apud Meeberg, 1993), considerando-se a QV tanto para a sociedade com para as pessoas, ou a dimensionalidade e extensão apontados por Ware (1987).

Afirma-se ainda QV e saúde são questões diferentes e que a primeira não contempla a segunda conforme defendido por Ware, (1987), Colby, (1987) e Meeberg, (1993).

2º Destaque

... “quem quer trabalhar saúde, tem que trabalhar qualidade de vida, tem que estar trabalhando com a questão da inter-setorialidade”.

... “todos esses fatos estão se somando, na montagem do que eu chamo de um grande estrutura. Eventos como este buscam a experiência internacional, não para copiar, a experiência de cada país, pois cada país tem de adaptar para sua realidade (..) Nós vamos lutar para oferecer condições capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas”.

Quando se aponta que para se obter saúde é necessário trabalhar a QV, se evidencia uma não coincidência com aqueles autores que colocam a saúde contida na qualidade de vida ou mesmo sendo mais ampla que a saúde (Colby, 1987; Meeberg, 1993). Diferentemente do primeiro parágrafo, qualidade de vida parece ser nível de vida ou o usufruto da cidadania plena. Configurado nesta ótica, QV no PSF requer, como papel prioritário dos profissionais da saúde, desempenho na promoção social.

3º Destaque

“Uma segunda grande ênfase que o Programa de Saúde da Família vem dando é ao envolvimento ou ao comprometimento dos agentes de saúde, tanto os médicos, os enfermeiros, com os agentes comunitários, ou seja, os prestadores de serviço com as próprias comunidades. Eles deixam de cumprir apenas o seu dever de trabalho, o seu dever de ofício, mas passam a trabalhar com o comprometimento ético com as comunidades. Esse compromisso ético, que podemos chamar de solidariedade, é uma terceira ênfase que o Programa vem dando e envolve parceria entre os governos federal, estaduais, municipais e sociedade civil”.

Embora nesta fala não se explicita a questão da QV, destaca-se o modo “operandis” da equipe a ser internalizando como um agir solidário, baseado em valores da prática social da saúde. É possível estabelecer uma forte relação com o programa teórico do bem estar de Colby (1987), ou de QV, onde o potencial adaptativo nos mundos ecológico, social e interpretativo para se obter sucesso biocultural, requerem dentre outras condições, o afeto social positivo ou altruísmo no contexto comportamental dos atores X situação.

4º Destaque

... "hoje é uma proposta, uma estratégia irreversível, com impactos concretos na redução da mortalidade infantil, que todos sabemos é um indicador importante da qualidade de vida da população".

Neste parágrafo, torna-se ausente a dimensão qualitativa da qualidade de vida apontadas por autores como Colby (1987), Fowlie & Berkely (1987), Meeberg (1993), Patrick & Erickson (1987), Romano (1993) e Ware (1987), pondo-se em destaque os aspectos quantitativos. Como além da saúde infantil o PSF trabalha com outros marcadores, ou seja tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão e saúde materna, urge questionar sobre o posição do PSF/Ministério de Saúde, sobre os aspectos qualitativos da qualidade de vida tais como a capacidade dos sujeitos para avaliar sua vida; o funcionamento social, de papel, a satisfação com a condição da saúde e vida em geral; a possibilidade de ratificação da QV por atores externos; a felicidade, apontados por autores como Colby (1987), Hinshaw (1992), Fowlie & Berkely (1987), Katz (1987), Kuczynski, & Assumpção (1999), Meeberg (1993); Patrick & Erickson (1987), Ware (1987), Romano (1993).

CONCLUSÕES

Vários questionamentos foram se configurando ao longo desta busca de significados da QV no PSF, uma vez entendido que a utilização desta, está cercada de contradições, de indefinições, de falta de acordos básicos.

Acredito ser fundamental um posicionamento dos idealizadores, coordenadores e executores da Estratégia. Desta reflexão emergiram questionamentos como: quais são efetivamente as convergências entre saúde e QV definidas para o PSF? Estão as equipes de saúde conscientes e preparadas para serem promotores do desenvolvimento social influenciando pois, na moradia, emprego, renda, saneamento..., uma vez que se põe esta expectativa como linha de frente do trabalho das equipes? Não estariam as equipes de saúde muito limitadas em termos dos profissionais que a compõe, médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde, se suas ações prioritárias são as do desenvolvimento social? Como dar respostas através PSF dos aspectos qualitativos da QV, uma vez que se mantém prioridades relacionadas a problemas clássicos de saúde tais como os distúrbios físicos crônicos?

Por fim, gostaria de apontar que a reflexão apresentada é muito breve, focada em um documento oficial, que poderia ainda ser mais abrangente, destaco porém que percebo em outros documentos a menção da QV, sem realmente colocá-la como estrutura de marco teórico orientador da formação e ação no PSF e a referência de abordagem da família. Isto me parece realmente necessário quando se define PSF como um novo e irreversível modelo assistencial em saúde do Brasil.

ABSTRACT: This paper reflect about the meaning of concept "quality of life", in the "Strategy of the Family Health" used by representatives of the "Brazil's Health Ministry". The 1º Seminário about International Experiences of the Family Health was the choosed exam, and it was realized in Brasília in 1998, publisd in 1999 and 2000. A theoretical revision was make about of concept "quality of life", having writhers like Colby (1987), Lindstrom, Katz (1987), Hinshaw (1992), Kuczynski & Assumpção (1999), Meeberg (1993), Romano (1993), Ware (1987), Pinto et al (1999). Right after, the possibility of the meaning of "quality of life", was thought in conformity with the officials speeches and the one's proposed for the authors. Concluding that there is a omission of one concept that is comum to the teams of health family, take in their professional pratices, reaching with the objective of a new model of health attention.

KEY WORDS: Family health; Health plans and programs; Quality of life.

RESUMEN: La propuesta de este trabajo fué refletir sob el significado del concepto " Cualidad de Vida", en la y para a Estrategia de la Salud de la Familia, utilizado por representantes del Ministério de la Salud del Brasil. Se optó por el examen del relatorio final del 1º Seminario sob Experimentaciones Internacionales en la Salud de la Familia, realizado en Brasília en el 1998 y publicado en el 1999 y 2000. Se efectuó una revisión teórica sob el

concepto de cualidad de vida, basado en autores como Colby (1987), Romano (1993), Pinto et al (1999). Se refletió sob la posibilidad del concepto empleado y aquellos propuesto por los autores referenciados. Se concluyó que falta una definición norteadora, del consenso del significado da cualidad de vida, com la finalidad de que los equipos de salud de la familia puedan efectivamente conducir su practica profisional, en busqueda del objetivo de innovar el modelo de atención en salud.

PALABRAS CLAVES: Salud de la familia; Planes y programas de salud; Calidad de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Projeto Reforsus. 1º Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final. Brasília, 2000.
- 2 COLBY, B. N. Well - being: a theoretical program. *Am. Anthropol.*, n.4, p. 887-895, 1987.
- 3 KATZ. The science of quality of life. *J. Chron. Dis.*, Oxford, v.40, n.6, p. 459-465, 1978.
- 4 KUCZYNSKI, E.; ASSUMPÇÃO, F.B. Definições atuais sobre o conceito de qualidade devida na infância e adolescência. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.35, n.3, março de 1999.
- 5 HINSHAW, A. Nursing research: weaving the pastend the future. In: AIKEN, L.; FAGIN, C. *Charting Nursing 's future agenda for the 1990"s*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1992. p. 484-501.
- 6 MEEBERG, G. A. Quality oflife:a concept analysis. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v.18, p. 32-38, 1993.
- 7 PERES, E. M. Saúde da família: conceitos, diretrizes e metodologia: treinamento introdutório em gestão. Rio de Janeiro: Centro Biomédico, UERJ, 1999. 60 p.
- 8 PINTO, R. M. P. et al. A alcance da qualidade de vida: realidade ou intencionalidade? *Col. de Enf. FEN/UFMT*, v.1, n.1, jan./jun., 1999.
- 9 RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. de. A qualidade de vida do paciente diabético: um desafio para o cliente e enfermeira. *Texto Contexto*, Florianópolis, v.8, n.3, p. 250-262, 1999.
- 10 ROMANO, B. W. Qualidade de vida: teoria e prática. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, São Paulo, v.3, n.6, p. 6-9, nov./dez., 1993.
- 11 WARE, J. W. Standars for validating health measure: definition and content. *J. Chron. Dis.*, Oxford, v.40, n.6, p. 473-480, 1987.
- 12 VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.