

QUALIDADE DE VIDA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS - SP

Quality of life in a Family Health Center in São Carlos - SP

Luana Pinho de Mesquita¹, Fernanda Gonçalves Duvra Salomão²,
Márcia Niituma Ogata³, Tatiana de Oliveira Sato⁴

RESUMO

A caracterização da Qualidade de Vida da população, depois da implantação da Estratégia de Saúde da Família, é uma ferramenta importante para o planejamento das ações e fortalecimento da Atenção Básica no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos no contexto da Estratégia de Saúde da Família, em São Carlos, SP, Brasil. A amostra probabilística foi composta por 118 indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos, distribuídos nas seis microáreas de abrangência de uma unidade de saúde da família em São Carlos. O instrumento utilizado foi o WHOQOL-bref, que possui 26 questões e quatro domínios. Quando os domínios foram correlacionados entre si, todos apresentaram coeficientes de correlação significativos ($p < 0,01$). Em geral, a população em estudo apresentou satisfação com sua qualidade de vida nos domínios psicológico e social, com menor grau de satisfação nos domínios físico e ambiental. O instrumento revelou boas qualidades psicométricas para uso nessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Saúde Pública; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Measuring quality of life, following the implementation of the Family Health Strategy, is an important tool for planning activities and strengthening Basic Health Care in Brazil. The objective of this study was to evaluate the quality of life of adults in the Family Health Strategy in São Carlos, SP, Brazil. The sample was composed of 118 individuals aged 50 to 59 years, distributed into 6 micro-areas of a health center in São Carlos. The instrument applied was the WHOQOL-BREF, with 26 questions and 4 domains. When the domains were correlated among themselves, all showed significant correlation coefficients ($p < 0.01$). In general, the population under study showed satisfaction with their quality of life in the psychological and social domains, with a lesser degree of satisfaction in the physical and environmental domains. The instrument presented good psychometric qualities for use in this population.

KEYWORDS: Quality of Life; Public Health; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

O termo Qualidade de Vida (QV) foi mencionado pontualmente, pela primeira vez, em 1920, por Pigou que discutia o suporte governamental às classes sociais menos favorecidas e o impacto desse sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado.¹ Esse mesmo autor sugere que, após a Segunda Guerra Mundial, os conceitos propostos

inicialmente sobre QV enfatizavam aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos. Somente em 1960, com o interesse das Nações Unidas em avaliar as condições de vida de comunidades diversas e distintas, observou-se a utilização do termo QV em discursos de cunho científico e político. Contudo cabe destacar que, até o momento, não há consenso quanto a essa expressão.²

¹ Luana Pinho de Mesquita, cirurgiã-dentista pela FORP-USP. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela UFSCar. Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS. E-mail: luanamesquita@gmail.com

² Fernanda Gonçalves Duvra Salomão, tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - CCBS / UFSCar

³ Márcia Niituma Ogata, professora associada da Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Enfermagem, Saúde Coletiva

⁴ Tatiana de Oliveira Sato, terapeuta ocupacional. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Laboratório de Fisioterapia Preventiva - Ergonomia

O conceito de QV, então, foi sendo incorporado às políticas sociais, como indicador de resultados, em adição ou substituição a outros significados tais como boa vida, felicidade e bem-estar. Nos Estados Unidos, surgiram movimentos sociais e iniciativas políticas, cuja finalidade era melhorar a vida de todos os cidadãos, minimizando a desigualdade social. Nesse período, surgiu a mensuração da QV com o objetivo de oferecer, aos políticos, dados que os ajudassem a formular políticas sociais efetivas. Além disso, no decorrer do tempo, sua avaliação passou a valorizar a percepção subjetiva das pessoas.³

Em 1964, Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos, utilizou o termo QV em seu discurso ao declarar que “[...] os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”⁴, despertando assim o interesse de cientistas sociais, filósofos e políticos e levando a um movimento que vai além de parâmetros como diminuição das taxas de mortalidade, buscando uma valorização para parâmetros mais amplos.

A carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, assume a Saúde como importante dimensão da qualidade de vida, sendo, assim, o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal.⁵ Ao resgatarmos esse conceito, temos que a Constituição Federal Brasileira estabelece a Saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e que seus fatores determinantes e condicionantes são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.⁶

Seliar⁷ ressalta que a Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações, porém a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades.

Então, em 1997, o termo QV foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “[...] a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus próprios objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”⁸ Essa definição reflete a complexidade essencial de QV e interrelaciona aspectos ambientais, físicos, psicológicos, nível de independência, relacionais e espirituais e afirma a subjetividade e a multidimensionalidade como determinantes para a avaliação da QV, através da qual o indivíduo, imerso no contexto sociocultural e ambiental, é capaz de refletir e avaliar sua própria vida.⁸

Dessa forma, surge, no Brasil, uma política de saúde constitucionalmente definida como pública e social e,

com as Leis 8.080 e 8.142, houve a regulamentação organizacional e operacional do sistema, como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado, com base municipal e com controle social.⁹ A expansão e a qualificação da atenção básica no Brasil são organizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo o Ministério da Saúde:

[...] essa estratégia não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintetizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.¹⁰

A ESF tem sua ação central no indivíduo e na família, atuando na prevenção, promoção e reabilitação de forma integral e permanente. Reconhece as necessidades da população local, ao invés de disponibilizar atividades de programas sanitários de forma vertical e padronizada. Propõe, ainda, um novo modo de operar o trabalho em saúde, adotando a constituição de equipes multiprofissionais no desenvolvimento do trabalho.¹¹ O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, em especial, com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se por ser porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.¹²

A consolidação dessa estratégia precisa ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e já tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, representando o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde.¹²

Segundo Starfield¹³, esse primeiro contato é conhecido como porta de entrada e deve ser de fácil acesso e próprio da organização dos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário. Ainda, a

acessibilidade possibilita que os sujeitos cheguem ao serviço e, por isso, é elemento essencial na atenção primária, por representar a entrada do usuário nos serviços de saúde.

Em 1997, Fekete¹⁴ analisou a acessibilidade no aspecto sociocultural no que diz respeito à relação entre equipe de saúde e a população, levando em consideração tanto o primeiro contato com os serviços de saúde como os subsequentes de forma que a longitudinalidade da atenção possibilite a integralidade nos outros níveis de atenção, referência e contrarreferência, de acordo com a necessidade apresentada.

Uma avaliação dos efeitos das ações de intervenção sobre populações determinadas é investigar como tais populações percebem concretamente as mudanças produzidas em suas condições de vida e saúde. Por exemplo, o co-tejo das percepções sociais com a evolução de indicadores que medem resultado de programas públicos específicos permite, em razoável medida, uma avaliação da efetividade desses programas.¹⁵

A mudança no modelo de atenção dos serviços de saúde requer estratégias importantes para alcançar qualidade. O vínculo, por exemplo, é uma conquista, não um acontecimento imediato. Quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, maior a troca de saberes entre trabalhadores da saúde e comunidade.¹⁶ E a caracterização da qualidade de vida da população, depois da implantação da Estratégia de Saúde da Família, é uma ferramenta importante para o planejamento das ações da Unidade de Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, principalmente utilizando critérios validados internacionalmente, nesse caso pela Organização Mundial de Saúde. O objetivo da pesquisa foi descrever a qualidade de vida de indivíduos adultos no contexto da Estratégia de Saúde da Família em um território adstrito no município de São Carlos-SP.

MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos éticos

Todos os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados, tendo assinado consentimento de participação avaliado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar - sob parecer número 406/2010.

Universo do estudo

O território utilizado para a pesquisa faz parte de um município de 220.464 habitantes, no interior paulista, em que 25,5 % da população é coberta por 15 Equipes de Saúde da Família (ESF).¹⁷ A meta da atual gestão é que se

atinja 50% de cobertura da população até 2012.

O bairro onde está localizada a Unidade de Saúde da Família referência da pesquisa foi criado em 1990, com infraestrutura básica precária, como asfalto, rede de água, esgoto e coleta de lixo. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social¹⁸ esse bairro encontra-se no nível de muito alta vulnerabilidade. De certa forma, a população tem pouca ou nenhuma qualificação profissional e baixo grau de escolaridade e núcleos familiares de dois a três filhos. Em março de 2006, havia 5.760 habitantes e a densidade populacional era de 375 hab/há. Apresenta grande número de bares e templos religiosos e a grande maioria é SUS dependente.¹⁹

População do estudo

Selecionaram-se usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) que já moravam no bairro há mais de um ano. Dessa forma, foram selecionados, através da ficha A (ficha de cadastro da família na Unidade de Saúde), adultos de 50 a 59 anos, de ambos os sexos, distribuídos nas seis microáreas de abrangência do território, num total de 118 sujeitos. Destes, 91 participaram efetivamente do estudo, dois não concordaram em participar, sete mudaram-se de cidade/bairro e 18 não foram encontrados em casa.

Aplicação do instrumento WHOQOL - bref

A aplicação do questionário foi realizada e assistida por um único entrevistador com leitura clara de todas as questões e, dependendo das limitações por motivo de saúde ou de alfabetização, o questionário era lido e transcrito pelo entrevistador. Quando o entrevistado não entendia o significado de alguma pergunta, o entrevistador relia a pergunta de forma lenta, não sendo utilizados sinônimos ou explicações em outras palavras da questão.

O instrumento utilizado foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS em 1998, o WHOQOL-bref²⁰ (uma versão abreviada do WHOQOL-100). O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida que dizem respeito a como o indivíduo avalia sua qualidade de vida e quanto satisfeito(a) está com a sua saúde, e 24 delas representando as facetas que compõem o instrumento original (Quadro 1). O WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.⁸

Análise Estatística

Após coletados, os dados foram tabulados no Programa Office Excel e foi realizada análise de correlação de

Spearman no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 for Windows.²¹

Quadro 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínio 1 - Domínio físico	Domínio 2 - Domínio psicológico
1. Dor e desconforto	4. Sentimentos positivos
2. Energia e fadiga	5. Pensar, aprender, memória e concentração
3. Sono e repouso	6. Autoestima
9. Mobilidade	7. Imagem corporal e aparência
10. Atividades da vida cotidiana	8. Sentimentos negativos
11. Dependência de medicação ou de tratamentos	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
12. Capacidade de trabalho	
Domínio 3 - Relações sociais	Domínio 4 - Meio ambiente
13. Relações pessoais	16. Segurança física e proteção
14. Suporte (Apoio) social	17. Ambiente no lar
15. Atividade sexual	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	23. Transporte

Fonte: dados da pesquisa.

RESULTADOS

De acordo com dados da ficha A do SIAB, dos 91 sujeitos, 60% são mulheres e 40% homens, sendo casados 70% e solteiros 30%; alfabetizados 84% e analfabetos 16%; católicos 51%, evangélicos 34% e religião não referida 15%; apresentam doença crônica ou limitação física 60%; trabalham 30%, não trabalham 43%, não trabalham e recebem benefício 27%; utilizam transporte coletivo 68%, utilizam carro e transporte coletivo 32%.

Na tabela 1, observa-se a distribuição percentual das facetas para cada domínio. Pode-se dizer que, para o domínio físico, as facetas que levaram à diminuição da qualidade de vida foram: dor e desconforto, energia e fadiga, e dependência de medicação ou de tratamentos. Para o domínio meio ambiente, os pontos mais críticos foram: recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em e oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima).

Tabela 1 - Distribuição das frequências observadas por domínio do WHOQOL-Bref.

DOMÍNIO/FACETA	1	2	3	4	5
Físico					
Dor e desconforto	5,5	40,7	20,9	9,9	23,1
Energia e fadiga	2,2	25,3	40,7	20,9	11,0
Sono e repouso	9,9	26,4	7,7	40,7	15,4
Mobilidade	2,2	19,8	19,8	49,5	8,8
Atividades da vida cotidiana	3,3	14,3	11,0	65,9	5,5
Dependência de medicação ou de tratamentos	9,9	45,1	26,4	11,0	7,7
Capacidade de trabalho	7,7	26,4	12,1	47,3	6,6
Psicológico					
Sentimentos positivos	8,8	18,7	27,5	40,7	4,4

Pensar, aprender, memória e concentração	3,3	26,4	24,2	42,9	3,3
Autoestima	2,2	12,1	11,0	51,6	23,1
Imagem corporal e aparência	3,3	7,7	28,6	19,8	40,7
Sentimentos negativos	23,1	7,7	8,8	34,1	26,4
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	2,2	6,6	12,1	61,5	17,6
Relações sociais					
Relações pessoais	3,3	5,5	8,8	61,5	20,9
Suporte (apoio) social	1,1	7,7	20,9	53,8	16,5
Atividade sexual	9,9	12,1	31,9	36,3	9,9
Meio ambiente					
Segurança física e proteção	5,5	20,9	22,0	50,5	1,1
Ambiente no lar	3,3	16,5	8,8	62,6	8,8
Recursos financeiros	17,6	39,6	40,7	0	2,2
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	8,8	28,6	22,0	34,1	6,6
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	1,1	33,0	41,8	18,7	5,5
Participação em e oportunidades de recreação/lazer	39,6	36,3	14,3	4,4	5,5
Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	0	27,5	40,7	28,6	3,3
Transporte	8,8	34,1	13,2	39,6	4,4

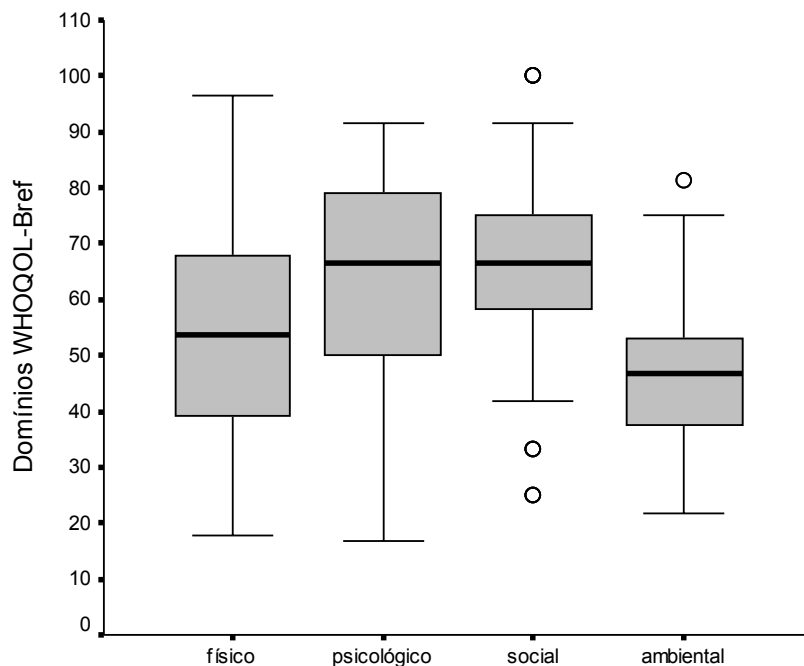
Os números de 1 a 5 representam as cinco categorias de resposta, que variam entre as questões, de acordo com o questionário em anexo.

Fonte: dados da pesquisa.

A Figura 1 mostra o box-plot para cada domínio da qualidade de vida avaliado pelo questionário WHOQOL-Bref.

Os círculos indicam os valores discrepantes - outliers.

Figura 1 - Box-plot: Qualidade de vida.



Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra a análise descritiva para os diferentes domínios da qualidade de vida avaliados por meio do

questionário WHOQOL-Bref.

Tabela 2 - Análise descritiva para os diferentes domínios da qualidade de vida avaliados por meio do questionário WHOQOL-Bref.

	DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA			
	físico	psicológico	social	ambiental
Média	54	63	66	47
Desvio padrão	18	17	18	13
Mínimo	18	17	25	22
Máximo	96	92	100	81
Percentil 25	39	50	58	38
Percentil 50	54	67	67	47
Percentil 75	68	79	75	53

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com a Figura 1 e a Tabela 2, pode-se perceber que o domínio ambiental apresenta o menor desvio padrão, o que indica que a variabilidade entre os indivíduos avaliados é pequena. Os domínios físicos e psicológicos apresentam grande variabilidade, o que demonstra que os sujeitos avaliados possuem percepções variadas a respeito desses aspectos. Os domínios psicológico e social

apresentaram, em média, valores superiores aos demais.

Quando os domínios foram correlacionados entre si (Tabela 3), todos apresentaram coeficientes de correlação significativos. O coeficiente mais alto encontra-se entre os domínios social e psicológico. O domínio 4 (meio ambiente) apresentou os coeficientes de correlação mais baixos em relação aos demais domínios.

Tabela 3 - Coeficiente de correlação de Spearman entre os domínios do WHOQOL-Bref.

Domínio	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Físico	X	0,62	0,47	0,45
Psicológico	0,62	X	0,63	0,52
Relações sociais	0,47	0,63	X	0,39
Meio ambiente	0,45	0,52	0,39	X

Correlação de Spearman ($p < 0,01$)

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A ocupação do bairro ocorreu na década de 80 com a chegada de trabalhadores rurais paranaenses e paulistas que perderam vínculo com o campo devido à mecanização da lavoura e consequente perda de emprego. Nesse espaço, houve a instalação de uma população de baixíssima renda, com habitações precárias e carentes de infraestrutura básica. O bairro é o mais distante do centro da cidade, de difícil acesso e, ainda hoje, apresenta uma população sem qualificação profissional, de baixa escolaridade, com núcleos familiares de dois a três filhos e que busca emprego no centro da cidade.²²

A partir do instrumento utilizado WHOQOL-bref, a

qualidade de vida é dividida por domínios e nota-se que o domínio ambiental é o mais afetado e podem contribuir, para esse resultado, tanto a situação geográfica como o estigma social que representa o bairro em questão. Pelos dados da ficha A, podemos observar que é grande o número de analfabetismo (16%) e que, apesar de não discriminados os valores de renda per capita, essa população apresenta grande número de desempregados (43%) ou de beneficiários/pensionistas (27%).

Outros fatores importantes para baixa satisfação com a qualidade de vida são a falta de oportunidades de lazer e o ambiente físico, nesse caso poluição/ruído/trânsito/clima. As ruas do bairro são arborizadas, mas não há espaço público para lazer, o que é verificado com alto grau

de insatisfação pelos moradores (39,6% responderam que não há oportunidades de lazer) e 68% deles dependem do transporte coletivo para se locomover a outros espaços que ofereçam essa oportunidade. Em 2007, Gaspar²², em estudo de caso, verificou que a população do bairro analisa com menor grau de satisfação o fato da televisão como única fonte de lazer e o uso da calçada como área de lazer, alertando aos órgãos públicos a necessidade da manutenção e implementação de ambientes favoráveis à saúde, preconizados pela Política Nacional de Promoção de Saúde.²³

Nesse caso, a intersetorialidade é uma importante ferramenta operacional, definida pela OPAS em 1992 como o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores.²⁴

Também é compreendida como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.²⁵

O domínio físico teve grande variabilidade entre os participantes e reflete a característica da amostra de 60% dos sujeitos apresentarem doença crônica/limitação física e as facetas que contribuem para um menor grau de qualidade de vida são a dor e desconforto, energia e fadiga e a dependência de medicação ou de tratamentos.

Os domínios psicológico e social apresentaram valores altos (média de 63% e 66%, respectivamente), embora bem heterogêneos na amostra. As facetas desses domínios refletem as fortes relações sociais, um bom convívio e união familiar e o apego à religião e à espiritualidade (61,5%) o que colabora para a autoestima e aceitação de sua aparência física e imagem corporal (40,7%). Dos dados da ficha A, temos que 85% dessa população são religiosos entre católicos e evangélicos e 70% são casados, o que na idade de 50 a 59 anos representa apoio social (53,8%) e estabilidade, além da atividade sexual apresentar-se de certa forma satisfatória (36,3%).

Segundo Buss²⁵, proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação e um deles é a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado a esse tema, e também a respeito da governabilidade, da gestão social

integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local.²⁵ No nosso entendimento, esses são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto local, nesse caso um bairro periférico que muitas vezes não se beneficia da equidade para considerar sua qualidade de vida satisfatória na maior parte das facetas observadas.

CONCLUSÃO

A percepção dos diferentes domínios da vida de um indivíduo é o aspecto nuclear de avaliação da qualidade de vida. Em geral, a população em estudo apresentou satisfação com sua qualidade de vida nos domínios psicológico e social e um grau menor de satisfação nos domínios físico e, principalmente, ambiental. O instrumento WHOQOL-bref revelou boas qualidades psicométricas para uso nessa população, porém são necessários estudos complementares para aprofundar a análise da satisfação desses indivíduos quando comparados, por exemplo, com aqueles que não são acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Wood-dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*. 1999; 52(4):355-63.
2. Maciel ES. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida [dissertação]. Piracicaba: Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”; 2006.
3. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico [tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
4. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(2): 198-205.
5. Organização Mundial Da Saúde. Carta de Ottawa. In: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: MS; 1986. p.11-8.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. 1990. [Citado 2011 abr. 29]. Disponível em : <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.
7. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis*. 2007; 17(1): 29-41.
8. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2):178-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília: MS; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS; 2000.
11. Barboza TAV, Fraccolli LA. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2005; 2(4): 1036-44.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da família. Brasília: MS; 2004. [Citado 2011 mar. 25]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
14. Nery AA. Necessidades de saúde na Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução. Ribeirão Preto: USP; 2006.
15. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev Atenção Primária*. 2008; 42(2): 369-89.
16. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl. 1):1523-31.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cadernos de Informações de Saúde. Município de São Carlos-SP. Demografia. 2007. [Citado 2011 mar. 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Sao_Carlos_Geral.xls>.
18. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. 2000. [Citado 2011 mar. 25]. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/pdf/oipvs.pdf>>.
19. Gaspar WJ. Análise do processo erosivo do loteamento social Antenor Garcia: proposta para expansão do bairro [dissertação]. São Carlos: Departamento de Engenharia Civil da Universidade Federal de São Carlos; 2000.
20. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment. Psychol Med*. 1998; 28:551-8.
21. Norusis MJ. SPSS Professional Statistics. SPSS Inc; 1994.
22. Gaspar WJ. Proposta metodológica de avaliação do grau de satisfação de população de área urbana. Estudo de caso: bairro Antenor Garcia, município de São Carlos SP [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
24. OPAS 1992. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1996. p.41-7.
25. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2000; 5(1) . [Citado 2011 mar. 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>.

Submissão: março/2012

Aprovação: dezembro/2012
