

Conceitos e Generalizações sobre Qualidade de Vida

Concepts and Generalizations about Quality of Life

Samya Coutinho de Oliveira (*)

Resumo

O presente trabalho constitui-se num estudo bibliográfico sobre qualidade de vida, em que a autora relaciona teorias correlatas, contextualiza desigualdades e indicadores sociais, levanta conceitos e generalizações e procura construir um referencial próprio sobre o tema.

Palavras-chave: Qualidade de vida; indicadores sociais; desenvolvimento humano.

Abstract

The present work is a bibliographical study about quality of life, in which the author relates correlative theories, locates social inequalities and indicants, emphasizes concepts and generalizations, and tries to construct an own reference about theme.

Keywords: Quality of life; social indicant; human development.

Introdução

Qualidade de vida é um termo já amplamente incorporado a diversas áreas do conhecimento humano, porém, na realidade não existe ainda consenso para a construção de um referencial teórico próprio sobre o assunto. Um conjunto de disciplinas ou ciências vem contribuindo para a definição de conceitos, pressupostos e campo de atuação, dentre elas a psicologia, a enfermagem, a sociologia, a medicina, a antropologia e a economia. Blumenthal e Mark (1994) ressaltam que os investigadores destas áreas abordam o tema sob diferentes perspectivas, utilizando metodologias específicas.

No entanto, sabemos que, para se ter qualidade de vida, é imprescindível que as necessidades básicas do ser humano sejam atendidas e que a sua interação com o meio ambiente seja dirigida para seu desenvolvimento pleno.

Nosso interesse em desenvolver o presente estudo está relacionado à vivência profissional junto a pacientes cardíacos submetidos a processos agudos ou crônicos de invalidez. Esta temática foi, inclusive, objeto de dissertação de mestrado, precedida de pesquisa bibliográfica na qual levantamos títulos que abordavam qualidade de vida através da base de dados do LILACS, selecionando autores notáveis que desenvolveram,

durante a década de 1990, trabalhos mais consistentes sobre o assunto.

Referencial Teórico

Teoria da hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow

Na concepção de Maslow (*apud* Chiavenato, 1981), ao nascer, o homem já traz necessidades que, se o ambiente oferecer condições para sua satisfação, irão determinar seu desenvolvimento sadio. Para esse autor, as necessidades humanas podem ser agrupadas e, conseqüentemente, caracterizadas em primárias e secundárias. São consideradas primárias as necessidades fisiológicas (respiração, nutrição, etc.) e de segurança (proteção, abrigo, etc.) e secundárias as necessidades sociais (amizade, inclusão em grupos, etc.), de estima (reputação, respeito, etc.) e de auto-realização (utilização de talentos, realização do potencial, etc.).

Rebello (1995) assinala que as necessidades sentidas constituem fonte de motivação que levam o indivíduo a procurar atingir cada nível, dos mais inferiores aos mais complexos, na busca de suprir sua constante satisfação.

Esta teoria enfatiza a influência das necessidades no comportamento humano, à proporção que o homem vai ampliando seus horizontes e querendo sempre mais. Em linhas gerais, ela apresenta os seguintes pontos de relevância:

- as necessidades não satisfeitas influenciam o comportamento humano;

(*) Enfermeira do Hospital de Messejana (MS), Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestra em Saúde Pública e Presidenta da Associação Brasileira de Enfermagem/Seção Ceará.
e-mail: oliveirasamya@bol.com.br

- os indivíduos nascem com a bagagem genética de necessidades fisiológicas;
- a partir da aprendizagem, surgem outras necessidades, como a de segurança que, juntamente com as necessidades fisiológicas, representam a conservação pessoal;
- *a posteriori*, surgem as necessidades sociais de estima e auto-realização, que são buscadas individual e progressivamente, e se complementam à proporção que seus níveis vão sendo supridos, significando conquista pessoal para o indivíduo;
- o comportamento humano é influenciado, simultaneamente, por necessidades concomitantes tendo as mais elevadas predomínio sobre as demais;
- as necessidades elementares, com ciclo motivacional rápido, quando não satisfeitas por expressivos períodos de tempo, podem tornar-se imperativas, neutralizando as necessidades mais complexas de ciclo motivacional longo.

Maslow (*apud* Chiavenato, 1981) ressalta que, com o auto-desenvolvimento, a quantidade e a complexidade das necessidades tende a aumentar, ou seja, à medida em que vão sendo satisfeitas, outras vão assumindo o predomínio da vontade e influenciando o comportamento. E sendo o comportamento humano o seu objeto principal de estudo, ele ainda observa que as pessoas auto-realizadas passam a desenvolver um sistema de valores baseado na melhor aceitação de si mesma (auto-estima), do outro e da natureza.

A Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow, apesar de ter sido elaborada em 1943, subsidia inúmeras áreas do conhecimento por ser abrangente e elucidativa dos padrões de resposta humana frente à satisfação ou frustração de suas necessidades básicas.

Desenvolvido a partir da Teoria de Maslow, outro estudo sobre *Necessidades Humanas Básicas*, ainda na forma de ensaio, foi elaborado no Brasil por Wanda de Aguiar Horta para ser aplicado na área da enfermagem.

Este ensaio está fundamentado em leis gerais que regem fenômenos universais, tais como: (1) Lei do equilíbrio - envolvendo princípios de homeostase e homeodinâmica para explicar o equilíbrio entre os seres; (2) Lei da adaptação - que busca a interação do homem com o seu meio externo; (3) Lei do holismo - que contextualiza o todo indivisível da natureza e do ser humano.

No ensaio de Horta (1979:28), o ser humano é referido como parte integrante do universo e sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio: *os desequilíbrios geram necessidades que se caracterizam por estados de tensão, conscientes ou inconscientes, que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.*

Deste estudo foram construídos conceitos, proposições e princípios que vêm contribuindo para nortear a prática da enfermagem no país, reafirmando-a como ciência.

Relacionando, portanto, os pressupostos já referidos à questão da qualidade de vida, ressaltamos as seguintes questões:

- como uma vertente configurada por muitos aspectos, qualidade de vida está intrinsecamente relacionada ao nível de atendimento das necessidades humanas;
- o suprimento destas necessidades, das mais básicas às mais complexas, representa a essência da condição que caracteriza qualidade de vida;
- o ser humano não obterá desenvolvimento pleno para a competitividade, nem terá uma boa qualidade de vida, se não lhe forem supridas estas necessidades;
- a busca da satisfação contribui para o equilíbrio do homem na sua interação com a sociedade.

No Brasil, principalmente na região Nordeste, a maioria da população nem sequer tem satisfeitas suas necessidades básicas de sobrevivência relacionadas à nutrição. As necessidades de segurança, em especial das classes populares, também não são atendidas por conta do subemprego ou ausência total de oportunidades de trabalho. Os direitos de cidadania concernentes à saúde, educação, lazer, cultura, habitação e outros, são igualmente usurpados e as necessidades sociais de estima e auto-realização são frustradas por conta dos conflitos e da angústia existencial diante da incerteza cotidiana. Problemas familiares e institucionais podem ser referenciados por uma estrutura psíquica fragilizada que, muitas vezes, pode chegar à morbidez mental numa sociedade que, mesmo no fim do século, ainda continua aética na valoração dos afetos e na revigoração dos vínculos que podem, verdadeiramente, humanizar e reconstruir a vida.

Teoria da ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

Capra (1997, p.199) indica que a vida física e espiritual do ser humano está vinculada à natureza e esta relação ecológica vital assim configura-se: *o homem vive na natureza, o que significa que a natureza é seu corpo, com o qual deve permanecer em contínuo intercuro se não quiser morrer. A vida física e espiritual do homem está vinculada à natureza.*

Hoje, buscando o desenvolvimento tecnológico para assegurar melhores condições de vida no planeta, o homem vem quebrando a harmonia com o universo e, na ânsia de *construir o futuro*, está, progressivamente, *destruindo o presente.*

Para a ciência comportamental, o desenvolvimento humano se dá pela interação entre o homem e o meio ambiente. A Teoria da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1996, p.18) enfatiza que existe *acomodação*

progressiva, mútua, entre o ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa vive.

Nesta perspectiva, a referida teoria traça uma diretriz que atua no inter-relacionamento homem e meio ambiente, que é o princípio científico da ecologia, e configura níveis de estrutura ecológica assim determinados: microssistema - ambiente com características específicas no qual ocorrem interações experienciadas pelo indivíduo; mesossistema - dois ou mais ambientes inter-relacionados nos quais o indivíduo atua ativamente; exossistema - ambientes que afetam e são afetados pelo que acontece no microssistema sem atuação direta do indivíduo; macrossistema - conjunto de ambientes com configurações específicas que interagem entre si.

Segundo o autor da teoria, estas estruturas representam as bases de equilíbrio no imprescindível processo de troca entre a natureza e os seres humanos, e denomina *desenvolvimento* a mudanças no modo pelo qual o indivíduo percebe e lida com seu *ambiente ecológico*, que também por ele é concebido como estruturas encaixadas que se complementam de forma dinâmica.

Para Capra (1996, p.317), *a integração num nível sistêmico manifestar-se-á como equilíbrio num nível maior, tal como a integração harmoniosa de componentes individuais em sistemas maiores resulta no equilíbrio desses sistemas.* Nesta visão ressaltamos também alguns pontos de relevância:

- sistemas com relações recíprocas constituem o ambiente ecológico que interfere no comportamento e desenvolvimento humano;
- a natureza das interconexões entre os ambientes determina seu funcionamento efetivo e harmônico;
- as transições ecológicas podem ser alteradas, positiva ou negativamente, pelo comportamento do homem.

Diante destas considerações, ainda citamos o mesmo autor (1996, p.317) quando afirma: *para ser saudável um organismo tem que estar apto a integrar-se harmoniosamente em sistemas vitais vastos. Essa capacidade de integração está intimamente relacionada com a flexibilidade do organismo e com o conceito de equilíbrio dinâmico.*

Consoante com esta linha teórica, relacionamos seu contexto à questão da qualidade de vida nos aspectos que destacamos:

- o homem faz parte da natureza e dela retira os insumos necessários à sua sobrevivência para que seus sistemas vitais mantenham a higidez e a saúde física e mental;
- o homem vem interferindo de forma destrutiva nos mananciais da natureza, gerando prejuízos para o meio ambiente.

As queimadas e desmatamentos dizimam as reservas florestais, os aterramentos provocam enchentes e a ocupação

desordenada do solo origina transtornos para a natureza. Nas regiões mais pobres do país, as populações convivem com condições climáticas inadequadas que se configuram nas secas periódicas. Nas cidades, o desenvolvimento fabril agride e prejudica a existência humana e vários tipos de substâncias poluentes causam desequilíbrios ecológicos no ar, nos rios e nas pessoas. O poder econômico das grandes empresas, inclusive multinacionais, é hegemônico sobre a saúde e o bem-estar social, enquanto o governo e os meios de comunicação de massa, principalmente a televisão, compactuam na preponderância do capitalismo que violenta subjetividades. Comerciais de drogas (cigarros e bebidas alcoólicas) são livremente veiculados, alimentos insalubres (ricos em açúcares, gorduras e elementos cancerígenos) têm as vendas estimuladas. Os mananciais hídricos estão expostos aos resíduos tóxicos das grandes indústrias e as reservas florestais são, constantemente, agredidas pela saga da ganância e da ignorância.

O desrespeito à natureza vem gerando conseqüências desastrosas para todos e o homem, algoz e vítima, pouco a pouco vai descobrindo a importância vital do ambiente ecológico para sua qualidade de vida.

Desigualdades Sociais

Nos dias atuais é necessário que se tenha a compreensão de que vivemos num mundo interligado por fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que determinam a realidade que nos cerca.

Para Capra (1996, p.21), o aumento dos problemas de saúde dos indivíduos é conseqüência direta do processo de deteriorização do meio ambiente. Relata que as doenças nutricionais e infecciosas são as maiores responsáveis pela mortalidade no Terceiro Mundo, enquanto as doenças crônicas e degenerativas são mais incidentes nos países industrializados. O autor ressalta que, além de outros distúrbios de comportamento oriundos da deteriorização de nosso ambiente social, também convivemos com problemas, tais como *inflação galopante, desemprego maciço e uma distribuição grosseiramente desigual de renda e riqueza que passaram a ser características estruturais na maioria das economias nacionais.*

Diante deste contexto, onde as patologias sociais interagem com as anomalias econômicas, também há o agravante do uso desordenado de energia e recursos naturais o que, sem dúvida, vem trazendo conseqüências desastrosas para o meio ambiente e para a sobrevivência do homem, visto que a capacidade de suporte do planeta é determinada, segundo Brown (1994), não somente pelas necessidades alimentares mas, também, pelo nível de consumo de recursos, quantidade de lixo produzido e pelas tecnologias utilizadas.

A globalização nos acena com possibilidades de desenvolvimento, mas também reforça os desequilíbrios

sociais mais pungentes que se traduzem, principalmente, pela evolução progressiva da distribuição de renda nas últimas quatro décadas, como mostra a *Tabela 1*.

TABELA 1 – Percentual de Distribuição Global de Renda entre Ricos e Pobres, 1960 - 1989.

ANO	ANO PARCELA DA RENDA GLOBAL DESTINADA AOS		RAZÃO ENTRE OS MAIS RICOS E OS MAIS POBRES
	20 % MAIS RICOS	20 % MAIS POBRES	
1960	70,2	2,3	30 PARA 1
1970	73,9	2,3	32 PARA 1
1980	76,3	1,7	45 PARA 1
1989	82,7	1,4	59 PARA 1

Fonte - Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, Human Development Report, 1992 (Nova York: Oxford e University Press, 1992).

Num ciclo contínuo, as políticas econômicas vão privilegiando os que detêm a maior concentração de renda e tornando os segmentos populacionais menos favorecidos mais pobres. Esta situação vem contribuindo para reforçar as desigualdades sociais em todas as partes do planeta, em especial nos países do Terceiro Mundo. Como demonstra a tabela referida entre 1960 e 1989, houve um aumento crescente na razão entre os mais ricos e mais pobres, tornando ainda maior a distância que os separa e reforçando as condições de vida divergentes e características dos dois pólos sociais.

Ainda consoante Brown (1994, p.25), *esse abismo de desigualdade é uma causa fundamental de degradação do ambiente: fomenta o consumo excessivo nos mais altos patamares de renda e persistência da pobreza nos degraus mais baixos.*

Sabemos que, no Brasil, a realidade ainda é mais crítica, uma vez que as desigualdades originárias do atraso econômico, político e social estão longe de serem superadas, e que as políticas públicas ainda não conseguiram amenizar a condição de pobreza de mais de 14 milhões de famílias (cerca de 65 milhões de pessoas), ressaltando-se que 45% destes núcleos familiares (6,5 milhões, correspondendo a aproximadamente 30 milhões de pessoas) estão domiciliados na região Nordeste (Vianna, *apud* Buss, 1996). Todos estes dados estão, diretamente, relacionados à questão da cidadania, que é o direito à sobrevivência com dignidade e qualidade, condição esta cada vez mais distante de ser alcançada.

Conceitos e Generalizações

Imprescindível à condição humana, o tema - qualidade de vida - vem sendo alvo da preocupação de cientistas das mais diversas áreas e gerando discussões entre estes e os governantes que, buscando aumentar a expectativa de vida das populações, são desafiados a resgatar valores até então

pouco reconhecidos como determinantes circunstanciais, tais como: respeito à dignidade humana, proteção à natureza, diminuição das desigualdades, ética na competitividade e harmonia nas relações, entre outros.

Para Coelho Neto (1996), a conceituação de qualidade de vida torna-se complexa, uma vez que sua significação ampla perpassa inúmeras áreas do conhecimento humano e estas incluem representações, características e indicadores específicos, o que torna difícil o consenso das interpretações e utilizações.

Romney, Jenkins e Bynner (1992) assinalam que o termo qualidade de vida foi usado pela primeira vez na área da saúde, nos Estados Unidos, relacionado a pacientes terminais que estavam mantidos vivos por meio de equipamentos de suporte vital e cuja existência era pouco mais que vegetativa. A questão, que então emergiu, era se tal vida era digna de ser vivida, uma vez que inexistiam possibilidades reais de recuperação. Posteriormente, o termo foi estendido para abranger também situações que envolvessem recém-nascidos geneticamente mal formados e a perspectiva de que sua vida futura viesse a se tornar um fardo para eles e para a sociedade.

Existem incontáveis definições de qualidade de vida que podem ser *objetivas* com relação aos recursos do meio ambiente imprescindíveis à satisfação do homem, ou *subjetivas*, com o foco num senso individual de satisfação própria que pode depender enormemente das habilidades quanto aos papéis doméstico, ocupacional e de recreação. Em geral, para muitos, parece ser a capacidade de levar uma vida normal obtendo prazer e satisfação.

Também Falcón (1985) ressalta a diversidade de opiniões existentes sobre a temática, citando como exemplos a bibliografia dispersa, os critérios aparentemente contraditórios, os termos utilizados de forma indevida e os conceitos ainda bastante superficiais.

Mesmo conscientes de que muitos autores vêm considerando este assunto como objeto de estudo, observamos também que qualidade de vida tem sido abordada de maneira descontextualizada das variáveis às quais, inevitavelmente, está relacionada. Nos últimos anos são bastante comuns as referências ao tema como discurso de efeito ou modismo pragmático, como se fosse possível isolar o assunto dos processos social, político e cultural que o envolvem e o determinam, pois, como afirma Viel (1985, p.593): *la vida de un hombre es siempre la consecuencia de un conjunto de influencias*. O autor ainda ressalta que, para se obter qualidade de vida, é fundamental que haja equilíbrio do ser humano com o seu ambiente.

Contreras (*apud* Falcón, 1985) define qualidade de vida como sendo as condições existenciais medidas pela satisfação de necessidades básicas e complexas, ressaltando ainda o acesso à educação, potencialidades, relação com a natureza e desenvolvimento político, cultural e filosófico. Reforça que qualidade de vida está também associada a bem-estar, segundo consenso estabelecido entre a *Oficina Internacional del Trabajo / OIT*, (1976), *Banco Mundial e Clube de Roma*, a que relacionam esta condição a necessidades básicas caracterizadas como alimentação, moradia, saneamento, vestuário, transporte, entre outras.

Baseado nas Ciências Sociais, Flanagan *apud* Romano (1993:6), também define qualidade de vida como: *a habilidade ou capacidade de um indivíduo desempenhar tarefas ou atividades da vida diária obtendo assim satisfação*.

Os conceitos formulados inicialmente sobre qualidade de vida, mesmo assumindo uma dimensão multifatorial, estão na realidade sendo reavaliados para que novas variáveis sejam incorporadas à abrangência de seu conjunto de determinantes. Nível de vida constitui-se um destes componentes que, para Romano (1993), depende primordialmente de definições e perspectivas políticas, enquanto qualidade de vida constitui-se num atributo do indivíduo.

Durán (*apud* Falcón, 1985) assinala que nível de vida é uma expressão direta do bem-estar coletivo distinguindo três vertentes fins: nível de vida (como condições reais), status de vida (como condições que aspira) e norma de vida (como condições que são consideradas convenientes no âmbito da sociedade).

Para Falcón (1985, p.15), os termos qualidade de vida e nível de vida estão inter-relacionados com os conceitos de bem-estar e satisfação de necessidades. Também conceitua nível de vida como condições reais nas quais vive uma pessoa ou um povo. E reporta-se às necessidades humanas como *essenciais para una incorporación completa y activa de una persona a su cultura, comprendiendo parámetros como nutrición, salud, vivienda, vestido, educación, trabajo productivo y participación*.

O autor sintetiza seus conceitos ressaltando que a satisfação destas necessidades, do ponto de vista físico, social e mental, evita a angústia e promove a comodidade individual e coletiva através da conjugação dos fatores básicos que determinam a qualidade de vida.

Outra variável importante neste contexto está relacionada a estilo de vida como maneira de viver relacionada à adoção de hábitos, costumes, crenças e valores específicos e que, para Du Gas (1978, p.23) *é determinado não somente pelas circunstâncias, mas também pelas decisões tomadas consciente e inconscientemente pelo indivíduo*.

Referenciando os conceitos já enfocados, Rebelo (1995) lembra qualidade de vida como anseios alcançados, ressaltando que, além das necessidades básicas de sobrevivência, o ser humano também tem aspirações que contribuem para a sua plenitude. O autor ainda faz uma avaliação racional da natureza humana, enfatizando que o processo desencadeia-se a partir do atendimento destas necessidades que são instintos inatos indispensáveis ao equilíbrio dos sistemas orgânicos.

Observamos que há aspectos comuns entre as citações, no entanto, elas também diferem na medida em que estão relacionadas a outras necessidades de maior complexidade, à questão da natureza como elemento de equilíbrio e às dimensões cultural, política e filosófica que, realmente, não podem ser dissociadas do processo.

Coelho Neto e Araújo (1998, p.15) lembram que qualidade de vida *é uma condição que se alcança através da mobilização de diferentes dimensões da pessoa e do meio, que se compensam e se harmonizam entre si*.

Outro conceito refere-se à infra-estrutura possível e necessária para que os indivíduos tenham a condição de adequação máxima a fim de desenvolverem suas potencialidades, envolvendo sentimentos e criatividade que lhes possibilitem a plena realização pessoal. Esta é a idéia defendida por Ruffino Neto (1992) que se refere ao contexto subjetivo da questão, considerado primordial para o *viver bem*. O autor também resgata a saúde como importante parâmetro de avaliação da qualidade de vida.

Fiovarante *apud* Ruffino Neto (1992) enfatiza a necessidade de analisar-se o homem na sua simultaneidade biológica e social, inserido na sociedade e levando em consideração: (1) condições primárias e fundamentais da vida humana (as forças materiais de produção e transformações das condições materiais; modo de produção); (2) estruturas globais e regionais (econômica, jurídica, política e ideológica); (3) a formação social (divisão de trabalho, desenvolvimento de forças produtivas, relações sociais de produção, classes sociais e luta de classes, formas de produção, circulação e consumo de bens, população, migrações, o Estado, o desenvolvimento da sociedade civil, relações nacionais e

internacionais de comércio e produção e dominação, formas de consciência real, o modo de vida).

Mesmo ainda não existindo consenso sobre um único conceito para definir qualidade de vida, existe a compreensão de que a mesma deve incorporar condição física, situação emocional, desenvolvimento cognitivo, vida social e econômica, percepções gerais e de saúde e bem-estar em relação a doenças específicas.

Tendo em vista estarmos em plena era da epidemiologia global, em que o paradigma ecológico é analisado de forma holística, Ruffino Neto (1992) também ressalta a responsabilidade dos epidemiólogos concernente à compreensão do processo saúde e doença, com suas respectivas intervenções, como parâmetro axial para melhoria da qualidade de vida. Considerando a grande problemática gerada pela distribuição desigual de riquezas que, devido à estratificação social, tornam tão distantes e antagônicas as necessidades reais das comunidades, concordamos com sua opinião quando a questão é colocada como desafio para as políticas públicas. Num contexto em que são perdidos anualmente 105 milhões de anos/vida saudável em traumas (10%) e doenças (85%) que levam à morte prematura (67%); especificamente no Brasil, com 85 milhões de indigentes, com déficit habitacional de 1,2 milhões de moradias, com uma taxa de mortalidade infantil de 69/1000, com baixos investimentos na área social e com uma renda per capita seis vezes inferior a dos países europeus (Mezomo, 1996), a avaliação de qualidade de vida se torna uma questão difícil, levando-se em consideração que grande parte da população brasileira não tem acesso ao mais básicos insumos que lhe garantam, pelo menos, saúde, educação, trabalho e habitação. Com relação a esta situação, Ruffino Neto (1992) ainda complementa que o país ocupa o terceiro lugar em má distribuição de renda, o segundo no tráfico de drogas (em especial da cocaína), é campeão no assassinato de menores, detém 10% dos abortos que são realizados no mundo e cerca de 23% da população que trabalha ganha menos de 1/4 do salário mínimo nacional. Outros indicadores, segundo o mesmo autor, também são significativos: 25% dos adultos são analfabetos, mais de 4 milhões de crianças estão fora do sistema escolar, mais de 50% dos domicílios não têm água tratada, 70 milhões de brasileiros estão excluídos da utilização de rede de esgoto e 53 milhões passam fome.

Também aqui levantamos outra questão que é o fenômeno da urbanização como ocupação caótica e desordenada do espaço urbano. Este processo gerado pela falta de políticas eficazes e resolutivas de interiorização, e agravado pela condição de pobreza das populações, causa impacto sobre o perfil de saúde, uma vez que as doenças próprias do subdesenvolvimento (doenças infecciosas e parasitárias) passam a coexistir com os agravos advindos do progresso, tais como a violência, a incidência das doenças crônico-

degenerativas, as intoxicações, entre outras. Este quadro epidemiológico, inevitavelmente, vitimiza as populações mais carentes negando-lhes o direito a uma boa qualidade de vida.

É importante ressaltar que qualidade de vida não deve ser confundida, exclusivamente, com poder de compra e que também está respaldada na liberdade e na consciência de cidadão geradas por um processo educacional adequado; logo não deverá resultar apenas de ações isoladas, mas de plano estratégico global de respeito ao ser humano e valorização da vida, envolvendo governos e sociedade civil organizada.

Num momento em que há premência de soluções e/ou alternativas, a filosofia das *Cidades Saudáveis* surge como modelo voltado para a melhoria da qualidade de vida das populações. Com relação a ela, Ferraz (1993) enfatiza sua coerência com os pressupostos da epidemiologia social latino-americana, enfocando a relação de fatores sócio-econômicos e políticos, tais como saneamento básico, habitação, ambiente, educação, assistência social, alimentação e nutrição, emprego e renda, reforma agrária e combate à violência, que são determinantes da saúde e da doença e confirma a importância de sua adoção para a melhoria da qualidade de vida nas cidades brasileiras. A autora (1993, p.49) sugere também que no processo estratégico de adoção de *Cidades* ou *Municípios Saudáveis* no Brasil prevaleça a visão da autonomia do poder local, conjugado com a transparência e permeabilidade dos movimentos sociais e políticos emergentes que defendem a promoção da qualidade de vida.

Pontuamos que a proposta das *Cidades Saudáveis* teve seu início em alguns países desenvolvidos do hemisfério norte e é fundamentada na lógica da cidadania, dos direitos sociais e da preservação da função pública do Estado, dentro dos limites do capitalismo (Ferraz, 1993, p.49). Pelos benefícios coletivos, pelos ganhos sociais e pela possibilidade real de oferecer qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 1987) propôs a internacionalização de sua filosofia que inclui, fundamentalmente, ações intersetoriais centradas nos seguintes aspectos: meio ambiente, sobretudo saneamento de regiões carentes, resíduos sólidos e qualidade do ar, desenvolvimento de serviços de saúde ao nível de distritos com ações prioritárias voltadas para populações carentes, controle e prevenção de doenças específicas não cobertas pelos programas do Sistema Nacional de Saúde, promoção de modo de vida de sadios e defesa de políticas de saúde mais saudáveis.

Considerações Finais

No Brasil, as políticas públicas de saúde, desde a adoção de práticas voltadas, essencialmente, para os modelos etiológico, sanitário campanhista e privatista, até o início da reformulação do Sistema de Saúde, estimulada pelo *Movimento Sanitário*, pouco contemplaram as questões referentes à qualidade de vida da população.

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e que definiu os princípios e diretrizes orientadores do *Programa de Reforma Sanitária*, é que a saúde passou a ser considerada como resultante das reais condições de vida e que renda, trabalho, educação, habitação, transporte, alimentação e outros seriam fatores condicionantes da qualidade de vida. A garantia de saúde passou a ser um dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que propiciassem, além da redução de doenças e outros agravos, também a melhoria das condições gerais de vida.

O Sistema Único de Saúde (SUS), atual política vigente no país, mesmo respaldado juridicamente, vem enfrentando inúmeros problemas para a efetivação plena da *Reforma Sanitária*. Muitos fatores vêm contribuindo para inviabilizar suas propostas e esta situação significa, sem dúvida, um retrocesso político e social, além de ameaça à cidadania do povo brasileiro.

O documento divulgado pelas *Diretorias do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)* e *Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)* - IX Conferência Nacional de Saúde (1992, p.8) traz no seu conteúdo o seguinte enfoque com relação à Constituição de 1988 e à legislação complementar, que conferem direitos a todos os brasileiros: *o exercício da cidadania é violentado no cotidiano e o principal instrumento da luta pela sua conquista é a consciência dos determinantes e condicionantes da saúde como qualidade de vida.*

O cumprimento pleno da legislação, resgatando a dignidade e a cidadania dos indivíduos deverá ser o caminho para a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos. Que haja consciência, trabalho, participação e decisão política para uma ação transformadora. Que dos conhecimentos existentes e das tecnologias e recursos disponíveis surjam decisões políticas para que todos possam realmente ter acesso a uma boa qualidade de vida.

Referências

- BLUMENTAL, J. A.; MANK, D. B. Quality of life and recovery after cardiac surgery. *Psychosomatic Medicine*, v. 56, n. 3, p. 213-215, May./Jun. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Classificação brasileira de ocupações para o subsistema de informações sobre mortalidade*. Brasília, DF, 1987.
- BRONFENBRENNER, V. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BROWN, L. R. *Qualidade de vida - 1994: salve o planeta*. Tradução de Marco Antônio F. Bueno. São Paulo: Globo, 1994.
- BUSS, P. M. Saúde e qualidade de vida. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2., 1996, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 1996. p. 57-62.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. Tradução de Álvaro Cabral. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- CHIAVENATO, I. *Administração de recursos humanos*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1981. p. 67-121.
- COELHO NETO, A. *Planejamento estratégico para melhoria da qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Qualitymark., 1996.
- COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A. L. C. de *As dimensões da vida*. Fortaleza: ABC, 1998.
- DUGAS, B. W. *Enfermagem prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
- FALCÓN, D. C. *Calidad de vida y nivel de vida*. 1985. 287 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escuela de Salud Pública, Caracas.
- FERRAZ, S.T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, v. 42, p. 45-49, 1993.
- HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- MEZOMO, J. C. Qualidade de vida. *Revista Hospital: Administração e Saúde*, São Paulo, v. 18, p. 1-13, 1994.
- REBELO, P. A. P. *Qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.
- ROMANO, B. W. Qualidade de vida: teoria e prática. *Revista Soc. Cardiol. de São Paulo*, v. 3, n. 6 (supl. A), p. 6-9, 1993.
- ROMNEY, D. M.; JENKINS, C. D.; BYNNER, J. M. A structural analysis of health: related quality of life dimensions. *Tavistock Institute of Human Relations*, Londres, v. 45, n.2: p. 116-174, 1992.
- RUFFINO NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Revista Saúde em Debate*, São Paulo, v. 35, n. 23, p. 63-67, 1992.
- SAÚDE é qualidade de vida: debates da IX Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 36, p. 8, 1992.
- VIEL, B. Medicina y calidad de vida: memórias de un salubrista. *Revista Médica do Chile*, Santiago, v. 113, n. 18, p. 593-602, jun. 1985.