

# A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde

JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

Robert Kaplan intitulou a sua comunicação, como conferencista convidado, à *8th Conference of the European Health Psychology Society*, a realizar em 1994, de «A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde: Uma ciência básica para a medicina do século XXI.» Qualidade de Vida e Saúde é, aliás, o tópico geral desta conferência anual. A Qualidade de Vida (QDV) é um tema de importância crescente, tanto no domínio do sistema de saúde em geral, como no domínio do sistema de cuidados de saúde em particular e, por isto, de interesse crescente para a Psicologia da Saúde. Ela torna-se tanto mais importante quanto mais se desenvolvem as doenças crónicas. Graças ao sucesso do sistema de cuidados de saúde, hoje, não se morre da maioria das doenças como ocorria outrora, podendo, grande parte das pessoas que têm uma doença crónica (50% de todas as pessoas segundo Sobel, 1979, e 80% de todas as doenças segundo Rodin e Salovey, 1989) levar uma vida activa, igual à das pessoas que não têm nenhuma doença.

QDV e Psicologia da Saúde partilham uma coisa em comum: ambas se começam a salientar na década de 70 como consequência da Segunda

Revolução da Saúde (Ribeiro, 1994a). A característica principal desta revolução foi a centração da atenção na Saúde ao invés de nas doenças, e teve como consequência acelerar o desenvolvimento da conceptualização da Saúde, enquanto dimensão diferente da das doenças (Ribeiro, 1993b), nomeadamente a produção de estratégias de intervenção e de avaliação da Saúde e da QDV.

Conceptualizar, avaliar, intervir, na melhoria da Qualidade de Vida, na Promoção da Saúde, implica o recurso a pressupostos radicalmente diferentes dos que, tradicionalmente, têm sido utilizados, tanto na Psicologia como na Medicina.

A Psicologia da Saúde, via o seu forte interesse pela Saúde está, naturalmente, interessada pela QDV tornando-a tema epistemológico central. A relação entre QDV e Saúde pode ser assim expressa: *a QDV é o objectivo da Psicologia da Saúde enquanto a Saúde é o objecto.*

O objectivo do presente artigo é o de apresentar o conceito de QDV e conceitos associados, nomeadamente, da sua definição, composição, implicações para a intervenção, modo de avaliá-la e desenvolvê-la e, finalmente, do seu interesse para a Psicologia da Saúde.

## 2. HISTÓRIA DA QDV

A Qualidade de Vida (QDV) tornou-se, na dé-

---

(\*) Professor Auxiliar, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

cada de 80, um conceito do interesse geral e do senso comum. Políticos, clérigos, economistas, ecologistas, entre outros, utilizam a expressão para demonstrar o seu interesse pelo bem-estar das pessoas. A maneira como imaginam e inferem a QDV não é, obviamente, a mesma, nem quanto aos conteúdos a focar, nem quanto ao modo de avaliar. Para uns a QDV expressa-se pela quantidade de bens materiais, para outros dos bem espirituais. Para uns a QDV baseia-se na opinião do próprio indivíduo, para outros na observação de especialistas. Para uns constitui uma dimensão objectiva, para outros, subjectiva.

O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 1994) explica que, até ao século XX, políticos filósofos e académicos, consideravam a QDV o resultado da capacidade humana para fazer pleno uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas, visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade, com respeito pelo universalismo do direito à vida. «Apenas no decurso do séc. XX as ciências sociais se vão relacionar cada vez mais com as economias, e estas mais com a riqueza do que com o povo» (PNUD, 1994, p.14). Uma das evidências desta visão consubstancia-se no relatório anual do Banco Mundial que pretende expressar o bem-estar das populações pelo rendimento *per capita*, no pressuposto que este é uma fotografia da QDV. Em oposição a esta perspectiva, as Nações Unidas publicam, a partir de 1990, quase em simultâneo com o Relatório do Banco Mundial, o Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 1994) que toma em consideração vários índices de desenvolvimento, e não apenas o rendimento. A emergência deste relatório salienta a preocupação crescente da Humanidade para com os aspectos menos materiais de bem-estar, e vai a par, e no sentido, do desenvolvimento da preocupação crescente do sistema de saúde e do sistema de cuidados de saúde com a QDV.

As investigações sobre a QDV iniciaram-se no final da década de 60. É a partir desta época que se começa a utilizar, com preocupações científicas, esta expressão. O termo QDV cresceu em popularidade com o desenvolvimento das economias do pós-guerra, essencialmente nas dos países desenvolvidos. Este crescimento em popularidade levou à necessidade de estudar, aprofundar e desenvolver medidas que pudessem

qualificar essa «entidade vaga e etérea» como lhe chamam Campbel, Converse e Rodgers, (1976, p. 471).

Pode-se considerar que o padrão para avaliar esta entidade (QDV) teve origem no relatório da *Commission on National Goals*, da responsabilidade do Presidente Eisenhower, publicado em 1960. Este relatório apontava para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais que deviam ser considerados como objectivos da nação. Na década de 70 publicaram-se os primeiros estudos específicos sobre o tema: referiremos três, escolhidos por terem características complementares: o de Liu (1975), o de Flanagan (1982), e o de Campbel, Converse e Rodgers (1976).

Em 1975, Liu publicou um artigo exploratório visando desenvolver uma estrutura de indicadores que servisse de guia para a investigação sobre a QDV. Com base nos critérios produzidos pela *Commission on National Goals* referida acima, explicava que a QDV devia ser medida por nove indicadores, com cada indicador representado por um conjunto de variáveis quantificáveis, respeitando o princípio de que deveriam ser: a) suficientemente universais para poderem ser generalizados a toda a população; b) facilmente compreensíveis (deveria haver um consenso geral com respeito à sua selecção); c) suficientemente flexíveis para abranger qualquer estilo de vida em diferentes lugares e em diferentes momentos; d) adaptáveis a condições sociais, económicas, políticas e físicas em mudança, próprias de sociedades dinâmicas; e) abertas à verificação segundo princípios científicos reconhecidos. Considerava que a QDV possui dois componentes principais: subjectivo (ou psicológico), e objectivo (ou social, económico, político e ambiental) e que a componente subjectiva, por natureza mais qualitativa, geralmente dependente da percepção individual, não era, na época, mensurável, enquanto os componentes objectivos mais quantitativos eram, provavelmente, mais mensuráveis e passíveis de ser agregados. Na experimentação debruçou-se sobre variáveis «objectivas» que estavam disponíveis nos dados dos censos nacionais. Experimentou o seu modelo nos dados estatísticos publicados em 50 estados americanos.

Flanagan (1982) utilizou um procedimento diferente para identificar domínios da QDV. Recorreu à técnica dos incidentes críticos para

identificar os domínios a incluir na descrição de QDV. Nesta técnica utilizava um conjunto de situações hipotéticas, umas reais, outras idealizadas, em que a pessoa entrevistada indicava os aspectos que considerava mais importantes para a sua vida. Confirmou os dados produzidos pela técnica de incidentes críticos com uma investigação sobre três gerações de homens e mulheres (indivíduos com 30, 50 e 70 anos).

Campbel, Converse e Rodgers (1976), publicaram um dos estudos mais conhecidos. O seu relatório consistia num estudo sobre a população americana com mais de 18 anos, concebido como um primeiro passo de um programa de investigação, que pretendia documentar e facilitar a compreensão acerca de determinadas experiências que descreviam a qualidade de vida das pessoas. Baseado na perspectiva de Kurt Lewin, assumia que, embora as pessoas vivam num meio ambiente objectivamente definido, elas percebem um ambiente subjectivamente definido, e é a este espaço de vida psicológico que eles respondem: como consequência, a avaliação que o indivíduo faz das características ou dos atributos de um domínio particular depende da sua percepção desse atributo por comparação com os seus padrões pessoais.

### 3. A QDV NO SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE

O conceito de QDV é utilizado, com frequência, na literatura médica: numa revisão de investigação, Bergner (1989) encontrou citações desde 1966. Neste contexto, QDV, pode ter significado mais amplo ou mais restrito. Os componentes da qualidade de vida e as suas interrelações começaram por ser especificados e examinados por autores fora do campo da Saúde, em estudos dirigidos à população que não padecia de doenças. Posteriormente, e mais ou menos simultaneamente com o desenvolvimento dos estudos sobre a Saúde, o conceito de QDV generalizou-se e popularizou-se em ambientes clínicos, onde é, frequentemente referido como «Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde» (QDVRS) ou dependente da saúde (*Health Related Quality of Life*).

Bergner (1989) e Fries e Spitz (1990), referem que, no sistema de cuidados de saúde, os termos

QDV e Estado de Saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta, enquanto, pelo contrário, Hermann (1993), Kaplan e Anderson (1990), e Ware (1991) consideram que estes conceitos são substancialmente diferentes. Ware, explica que a QDV é um conceito muito mais abrangente do que o de Saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela. No estudo de Campbel, Converse e Rodgers (1976), o domínio «Saúde», é um dos 12 domínios avaliados, e foi o que apresentou maior correlação com o resultado total da QDV ou, dito de outra maneira, é o domínio que explica melhor a QDV. Ou seja, nesta perspectiva (que é a nossa) a Saúde é um dos domínios fundamentais, provavelmente o mais importante, para a QDV.

Então *qual é a relação entre QDV, Saúde e QDVRS?* QDVRS é um conceito específico do sistema de cuidados de saúde, que pode ter dois sentidos diferentes: geral para o sistema de cuidados de saúde e específico para cada uma das doenças. Tomado no sentido geral QDVRS refere-se à QDV que está dependente das doenças (de qualquer doença) que as pessoas têm, e analisa a contribuição dessa doença, e do seu tratamento, para a QDV das pessoas. Tomado no sentido específico para cada doença, QDVRS refere-se às limitações, ou ao modo como essa doença específica afecta a QDV. Seria mais apropriado falar-se de *Qualidade de Vida Relacionada Com a Doença* (ou com as Doenças), ao invés de QDVRS, e é este sentido que deve ser considerado: ou seja, tal como na linguagem do senso comum, quando, neste caso, falamos de Saúde estamos a falar de doença. Como referiremos à frente, considerar uma QDVRS geral ou específica, reflecte-se no modo de avaliação: quando se avalia a QDVRS no sistema de cuidados em geral o questionário inclui itens que se referem ao estado de doença em geral, enquanto que se for construído para uma doença específica inclui itens que se referem às características específicas dessa doença.

Resumindo, quando se estudam as limitações impostas por uma doença específica ou por qualquer doença, para a QDV utiliza-se, com frequência a expressão QDVRS. Esta duas expressões – QDV e QDVRS –, quando aplicados no sistema de cuidados de saúde são, normalmente, sinónimos.

A QDV depende de outros domínios, para além da Saúde, tais como trabalho, família, desafogo económico, entre muitos outros. É claro que esta fronteira é muito ténue, e a investigação é clara no que respeita à influência interdómios. Ou seja, os desempregados, com situação económica precária e com problemas familiares têm muito maior probabilidade de adoecer.

#### 4. A IMPORTÂNCIA DA QDV PARA O SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Na última década, a QDV tem sido objecto de estudo privilegiado no sistema de cuidados de saúde. Baker e Smith (1992) numa revisão feita sobre a base de dados *medline* entre 1983 e 1991, verificaram que, o número de investigações publicadas acerca da relação entre doenças específicas e QDV, tem crescido anualmente para todas as doenças, do cancro às doenças coronárias, da diabetes às doenças renais, da artrite à epilepsia, tendo referenciado, no ano de 1991, a publicação de cerca de 400 estudos.

Spilker (1993) explica a relação entre a intervenção médica tradicional e a QDV. O tratamento médico contempla aspectos diversos como, segurança da intervenção que se repercute na redução de reacções adversas ao tratamento, eficácia que se reflecte nos benefícios para o doente, e outras medidas que se reflectem, por exemplo, nos custos económicos do tratamento. Os aspectos do tratamento, por sua vez, vão ser filtrados pelos julgamentos, crenças e valores do doente, com base no seu estado e capacidade físicas, bem-estar psicológico, interacções sociais e estatuto económico. Este filtro, constituído pela percepção do sujeito, é a QDV.

A QDV tem sido estudada em quase todas as doenças crónicas. As doenças crónicas definem-se por não terem cura: são, segundo Blanchard (1982) doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. Nos últimos decénios passou a sobreviver-se ao que dantes se sucumbia, de tal modo que hoje é normal viver-se com uma doença. Por exemplo, segundo Sobel (1979), nos Estados Unidos da América, 50% da população sofre de uma doença crónica, passando este valor, segundo Rodin e Salovey (1989) para 86% nos indivíduos de mais de 65 anos. Segundo estes

autores as doenças crónicas representam 80% de todas as doenças. A evolução das doenças crónicas faz crescer a importância da conceptualização da QDV e, com efeito, tem sido estudada entre outros, na apneia obstrutiva do sono (Toussignant, Cosio, Levy & Groom, 1994), nas doenças cardiovasculares (Croog et al., 1986; Kaplan, 1988; Oparil, 1993; Raczynski & Oberman, 1990; Testa et al., 1993; Wenger & Furberg, 1990) nas pessoas infectadas com o vírus H.I.V. (Barker, Tindal & Carballo, 1990; Gelber et al., 1992; Tarlov, 1992; Wachtel et al., 1992; Wu, et al., 1991), nos doentes que sofreram traumatismos corporais (Holbrook, Hoyt, Anderson, Hollingsworth-Fridlund & Shackford, 1974), na doença pulmonar crónica obstrutiva (McSweeney & Labuhn, 1990; Wijkstra et al., 1994), no cancro (Barofsky & Sugarbaker, 1990; Gelber, Goldhirsch, Cavalli & IBCSG, 1991; GIVIO, 1994; Sugarbaker, Barofsky, Rosenberg & Gianola, 1982), na artrite e doenças reumáticas em geral (Bombardier et al., 1986; Liang, Katz & Ginsburg, 1990) na epilepsia (Epilepsia, 1993, todo o suplemento, 34, S4; Ribeiro, Mendonça, Gomes, Gonçalves & Martins da Silva, 1994a; Ribeiro, Mendonça, Gomes, Gonçalves & Martins da Silva, 1994b; Smith & Baker, 1993; Vickrey, et al., 1992), nos transplantes renais (De-Nour, 1990), nas doenças neurológicas (Wilson & Goetz, 1990).

Para além de doenças específicas pode também considerar-se a conceptualização da QDV em contextos específicos como, por exemplo, na pediatria (Rosenbaum, Cadman & Kirpalani, 1990), nos idosos (Fretwell, 1990; Williams, 1990), no consumo de drogas (Metzger & O'Brien, 1990), na dor (Lee & Rowlingson, 1990), na cirurgia (McLeod, 1990; Raczynski & Oberman, 1990), ou em grupos de profissionais do sistema de cuidados de saúde (Marques, Torres, Pereira, Cerdeira & Cunha, 1992).

Os resultados das intervenções médicas sobre os utentes do sistema de cuidados de saúde tem sido um dos motores da QDV. Com efeito, as intervenções médicas, cirúrgica, medicamentosa ou outra, não têm todas os mesmos efeitos sobre os doentes. Até recentemente, esses resultados consideravam, em exclusivo, resultados fisiológicos objectivos das doenças visadas: na hipertensão seria reduzi-la para valores normais, na epilepsia seria reduzir ou anular as crises. A in-

investigação tem demonstrado que, embora esses resultados específicos da intervenção sobre as doenças seja idêntica – redução da hipertensão para valores adequados ou redução das crises epilépticas – os efeitos sobre QDV dos doentes não é a mesma (Croog, et al., 1986; Gillham, 1992). A grande mudança de orientação consiste na tomada de consideração, pelos investigadores, dos políticos, da indústria de medicamentos, do impacte da intervenção médica sobre factores subjectivos – do tipo dos que são avaliados na QDV – (Greenfield, 1989; Kassirer, 1993; Spilker, 1992). «A QDV está, cada vez mais, a tornar-se uma medida, aceite, da eficácia da intervenção médica em ambiente clínico. Ela tem sido utilizada, nuns casos, como uma das medidas em investigações clínicas, e como um resultado primordial da intervenção clínica noutras» (Spilker, 1992, p.73), e está a tornar-se uma variável tão importante que se desenvolvem estudos trans-culturais visando a construção de medidas que sirvam várias comunidades e povos e que permitam a comparação de resultados (Aaronson et al., 1992).

Concluindo, parece claro que a QDV é uma dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde, que esta é uma dimensão importante nos resultados das intervenções médicas e, finalmente, o impacte das diversas intervenções médicas pode ser substancialmente diferente no bem-estar dos doentes, embora com efeitos idênticos nas variáveis fisiológicas

## 5. DEFINIÇÃO DE QDV

Qualidade de Vida tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta. Como afirma McGuire (1991), «todos têm a sua própria ideia do que é a QDV, e é nisso que reside o problema» (p. 13). Herman (1993) refere que sucede o mesmo a este conceito que ao de inteligência e, como neste, a sua popularidade dificulta o seu estudo. Cada investigador tende a interpretar o sentido de QDV de modo diferente (Spilker, 1990), e é frequente encontrar a expressão QDV sem referência ao seu significado. Vam Dam, Sommers, e Van-Beck-Couzijn (1981) realizaram uma investigação sobre 100

artigos que utilizavam o conceito, constatando que raramente era definido.

Cramer (1993; 1994), define QDV como bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas, a ausência de doença. Esta definição é, exactamente, a mesma que a definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde, produzida aquando da sua constituição (WHO, 1948). Para Shumaker, Anderson e Czajkowski (1990) QDV é «a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar» (p. 96), definição muito semelhante à anterior. Schipper, Clinch e Powell (1990) propõem uma definição pragmática de QDV como o efeito funcional de uma doença e do seu tratamento no doente, tal como é percebida por ele. Para Churchman (1992), QDV designa o juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios de vida.

Estas definições espelham o contexto onde a QDV é estudada. As primeiras definições pertencem ao contexto médico, a última é-lhe exterior. Como foi referido, a QDV é tema de interesse comum a vários contextos da sociedade e, por isso as definições devem espelhar aspectos comuns, por um lado, e específicos, por outro, desses contextos. A QDV tem sido estudada em muitos outros contextos específicos. Por exemplo, Edstrom (1981) fala em Qualidade de Vida no Trabalho, que define como o grau em que os membros de uma organização de trabalho estão aptos a satisfazer necessidades pessoais importantes através da sua experiência nessa organização.

## 6. CONCEPÇÕES DE QDV

Apesar das origens remontarem aos anos 60, o conceito de QDV é, por um lado um conceito recente que está, ainda, em fase de exploração, por outro lado, é um conceito utilizado na linguagem comum que é interpretado por toda a gente, cada um ao seu modo e, finalmente, um conceito que se popularizou e que tem sido estudado em múltiplos contextos do sistema de cuidados de saúde.

Nesta fase de divulgação do conceito torna-se necessário chegar a um consenso sobre a definição de QDV e sobre o modo de o avaliar e, uma maneira de o fazer é começar por analisar as

concepções subjacentes à definição de QDV. Schipper, Clinch e Powell (1990) explicam que da mancha de concepções acerca da QDV se salientam cinco concepções que contribuíram para as correntes actuais: (1) uma abordagem psicológica; (2) uma abordagem custo-benefício; (3) uma abordagem centrada na comunidade; (4) uma abordagem funcional; (5) a lacuna de Calman.

A abordagem psicológica pressupõe a distinção entre o ter uma doença e o sentir-se doente (*disease versus illness*) (Ribeiro, 1994b). Enquanto a intervenção médica se centra no pressuposto da existência da doença e não na experiência da doença, a QDV baseia-se nesta última. A experiência da doença é tão mais importante se considerarmos que, em cerca de 50% dos contactos médico-doente não há base biológica, ou seja, não existe doença mas sim, e apenas, percepção de doença (Barondess, 1979). Esta abordagem centra-se, portanto, na percepção do doente.

A abordagem custo-benefício baseia-se na dicotomia quantidade de vida versus qualidade de vida. Para uns a vida deve ser vivida a qualquer custo, enquanto que, para outros, a vida só deve ser vivida em determinadas circunstâncias. A investigação tem demonstrado que determinados doentes trocavam anos de vida por determinadas funções. Por exemplo, McNeill, Weichselbaum, e Pauker (1981) investigaram dois grupos de doentes que tinham realizado dois tipos de tratamento a cancro da laringe. Um grupo envolvia laringectomia que oferecia mais tempo de vida e o outro, radioterapia, que reduzia o tempo de vida mas preservava a voz. Nessa investigação os indivíduos indicavam, em média, que trocavam 14% do seu tempo total de vida para evitarem a perda de voz. Nesta perspectiva a avaliação da QDV baseia-se na percepção pessoal que o doente tem da sua capacidade funcional em áreas que ele valoriza.

A abordagem centrada na comunidade organiza as variáveis de modo a considerar o impacte da doença na comunidade. Neste modelo (Ware, 1991), as variáveis podem ser agrupadas em círculos concêntricos, em que os parâmetros fisiológicos estão sediados no círculo central e cada um dos círculos que envolvem sucessivamente este círculo central incluem, funcionamento social, *distress* psicológico/ bem-estar,

percepção geral de saúde, e finalmente o funcionamento social e o exercício do papel social. Nesta perspectiva a avaliação da QDV que se inicia por parâmetros fisiológicos estende-se a todo o vasto conjunto de parâmetros de personalidade, sociais, espalhando-se à comunidade.

A abordagem funcional salienta a reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, num todo harmonioso de modo a que a sua vida se ajuste às consequências de uma doença incapacitante. Caracteriza-se por se centrar em aspectos funcionais e ignorar os aspectos emocionais.

A lacuna de Calman (*Calman's Gap*) conceptualiza a QDV como a lacuna entre as expectativas do doente e o que conseguiu realizar. Quanto menor a lacuna maior a QDV.

## 7. NÍVEIS DE QDV

A QDV tem sido conceptualizada em vários níveis (Spilker, 1990; 1993): no primeiro nível, um nível geral, muito globalizante não há discriminação entre domínios; no segundo nível surgem os diversos domínios que compõem e contribuem para a QDV; finalmente, no terceiro nível, mais detalhado, cada um dos domínios é aprofundado e o que é focado são os componentes de cada domínio. Spilker organiza este modelo numa pirâmide em que no topo se encontra o primeiro nível e na base o terceiro. O primeiro nível pode ser considerado, em termos muito gerais, como idêntico ao de saúde tal como é definida pela OMS (WHO, 1948) e a sua avaliação tende a ser feita por um único item, ou por um número reduzido de itens. Um exemplo deste tipo de avaliação é a utilizada no projecto Saúde Para Todos no Ano 2000 (Evers, 1990). A avaliação do segundo nível é mais detalhada, debruçando-se sobre cada um dos domínios de QDV. O terceiro nível foca os componentes de cada domínio, ou os que estão subjacentes a vários domínios.

## 8. PROPRIEDADES DO PARADIGMA

O paradigma de QDV possui um conjunto de características operacionais que o tornam substancialmente diferente das variáveis tradicionais.

mente consideradas no sistema de cuidados de saúde: é multifactorial, é uma medida de percepção pessoal, varia com o tempo e é subjectiva.

Com efeito é uma variável composta por múltiplos domínios/componentes que se devem reflectir na avaliação: o estado psicológico, por exemplo, pode diferir substancialmente do estado físico/funcional e estes, por sua vez, do funcionamento social. Esta característica da QDV levanta questões tais como a de saber se se deve utilizar uma medida única de QDV ou de medidas que forneçam um perfil.

É uma medida de percepção pessoal e, por isso, não é possível questionar-se uma pessoa acerca do estado de outra. A percepção que conta é, sempre, a do próprio.

É uma medida que varia ao longo do tempo. Ao contrário da maioria das medidas fisiológicas que devem ser estáveis, estas devem, ou são susceptíveis de mudar com o tempo.

Finalmente, é uma medida subjectiva e, como tal, a sua avaliação deve ser particularmente cuidada. As técnicas de avaliação devem contemplar aspectos tais como validade e fidelidade, entre outras.

## 9. DOMÍNIOS DE QDV

A QDV é uma percepção global da vida pessoal, e depende da contribuição de inúmeros domínios e componentes. Domínios quer os componentes têm sido propostos por inúmeras fontes. O relatório da *Commission on National Goals*, já referido, apontava para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais da QDV tais como: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar. Liu (1975) apontava nove indicadores, com cada indicador sendo representado por mais de 100 variáveis quantificáveis, que abrangiam aspectos psicológicos, fisiológicos, sócio-ambientais, económicos, e políticos.

O relatório do PNUD (1994) debruça-se sobre variáveis de três domínios (que consideram básicos do desenvolvimento humano): longevidade, medida pela esperança de vida; conhecimentos, medidos pela combinação da alfabetização de adultos e a média dos anos de escolaridade; padrão de vida, medido pelo poder de compra baseado no PIB real *per capita* ajustado aos custos

de vida local (paridade do poder de compra). Flanagan (1982) identificou 15 domínios que se podiam agrupar nas seguintes categorias: bem estar físico, material e social, relações com as outras pessoas; desenvolvimento e realização pessoais; comunidade, e actividades cívicas; recreação. O estudo de Campbell, Converse e Rodgers (1976) identificou 12 domínios representativos para a QDV, a saber: saúde, casamento, vida familiar, governo, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira, participação em organizações.

Spilker, (1993) explica que podem ser considerados dois grandes aspectos da QDV: aspectos ambientais da QDV e QDVRS. Os aspectos ambientais seriam avaliados por organizações fora do sistema de cuidados de saúde e abrangem, entre outros, os seguintes componentes: qualidade do ar e da água, qualidade da escolaridade, densidade populacional, oportunidades culturais, estatuto sócio económico e social, espírito comunitário. A QDVRS abrangeria os seguintes componentes: (1) capacidade/disponibilidade física, (2) estado psicológico, (3) estatuto social e (4) estatuto económico/emprego.

Especificamente no sistema de cuidados de saúde, Cramer (1994) explica que a QDV é avaliada considerando cinco componentes: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3), nível de independência, (4) relações sociais e, (5) ambiente. Patrick e Deyo (1989) consideram que a QDV abrange cinco categorias: (1) duração da vida, (2) limitações, (3) estados funcionais, (4) percepções, (5) oportunidades funcionais.

Concluindo, o número de domínios e de componentes considerados na QDV é variável, normalmente extenso, embora dependente, quer dos objectivos perseguidos quer no nível de análise. A pluralidade de domínios ou de categorias a incluir na avaliação da QDV deverá reflectir o nível de aprofundamento com que se pretende realizar o estudo, e a concepção subjacente.

## 10. A AVALIAÇÃO DA QDV

A novidade das técnicas de avaliação utilizadas nesta perspectiva consiste em considerar aspectos positivos do funcionamento individual, ao

invés do que é tradicional no modelo biomédico (e na Psicologia) em que o que se avalia é a disfunção. Avaliar pela positiva significa avaliar a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da incapacidade, da impotência. Esta perspectiva vem a par da preocupação com a conceptualização e avaliação da saúde. Como explica Ware, (1993) este tipo de medidas não se propõem substituir as medidas clínicas tradicionais. Pelo contrário, o maior avanço neste campo durante a próxima década será, provavelmente, o de acrescentar, para complementar, estas medidas às medidas clínicas.

A definição de QDV, impõe os seguintes *pres-supostos* às técnicas de avaliação: 1) consideração dos aspectos positivos ao invés dos negativos; 2) consideração da avaliação em dois planos: ao nível do bem-estar e ao nível da funcionalidade; 3) consideração da interacção de aspectos físicos, mentais e sociais; 4) baseiam-se na percepção pessoal.

A inspecção das investigações sobre a QDV referidas acima, mostra que têm sido utilizadas uma enorme variedade de técnicas de avaliação, algumas delas dificilmente colocadas dentro do conceito de QDV, tal como tende a ser aceite, nomeadamente de ser um aspecto observado pela positiva em vez de pela negativa.

Na maioria dos casos, no entanto, as técnicas de avaliação respeitam as características dos diversos modos de conceptualizar a QDV. Algumas das técnicas mais utilizadas são as seguintes:

#### **Sickness Impact Profile (SIP) (Bergner, et al., 1976)**

Os 136 itens distribuem-se por 12 categorias distribuídos por três domínios: físico, psicossocial e um último constituído por categorias independentes tais como, descansar/dormir, comer, trabalhar, recrear, etc. Cada item constitui uma afirmação que o respondente assinala como aplicando-se a si ou não. O questionário tanto pode ser auto-administrado como passado por um entrevistador e leva cerca de 30 minutos a preencher.

#### **Nottingham Health Profile (Hunt, McEwan e McKenna, 1986)**

38 itens que se distribuem por seis dimensões: mobilidade, dor, sono, reacções emocionais,

energia e isolamento social. Cada item é assinalado se se aplica, ou não, ao respondente. É auto-administrado e leva cerca de 10 minutos a responder.

#### **The Quality of Well-Being Scale (Kaplan, Bush, & Berry, 1976)**

Inclui 50 itens com múltiplas alternativas de resposta abrangendo os seguintes domínios: cuidados pessoais, mobilidade, institucionalização, actividades sociais, sintomas e problemas. É passado por um entrevistador treinado em cerca de 12 minutos.

Algumas das técnicas mais promissoras que surgem referenciadas com frequência baseiam-se, ou derivam, do *Health Insurance Experiment* (Brook et. al., 1979). Esta investigação foi uma das primeiras, se não a primeira, a ser conceptualizada de origem para avaliar a saúde, tal como ela é definida pela OMS (WHO, 1948). A partir das características deste conjunto de instrumentos foram produzidas várias versões reduzidas: A *36-Item Short-Form Health Survey* (Ware & Sherbourne, 1992), a *MOS 20-item short form health survey* (Ware, Sherbourne & Davies, 1993) e a *6-item General Health Survey* (Ware, Nelson, Sherbourne & Stewart, 1993).

Uma das versões mais conhecidas é o *MOS 20-item short form health survey* concebido para avaliar os resultados das intervenções médicas no sistema de cuidados de saúde. O *Medical Outcome Study* (MOS) (Tarlov et al., 1989) foi um projecto de observação longitudinal, desenhado para durar dois anos, que visava: (1) relacionar alterações nos resultados de saúde dos doentes, com diferenças nos cuidados que lhes eram fornecidos pelo sistema de cuidados de saúde, com a formação dos clínicos, com a intensidade do uso de recursos, com os estilos técnicos e interpessoais dos clínicos e (2) desenvolver instrumentos para monitorizar os resultados de saúde dos doentes, e dos seus determinantes, nas actividades de rotina. Propunha-se desenvolver métodos para identificar os principais aspectos dos cuidados médicos associados com os melhores resultados nos cuidados de saúde, de modo a que esses aspectos pudessem ser preservados. Foi aplicado em três locais (Boston, Massachusetts; Chicago, Illinois; e Los Angeles, Califórnia) e teve a participação de 526

profissionais de saúde com idades entre os 31 e 55 anos.

O Questionário *Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey* foi desenvolvido como um instrumento de avaliação da saúde (em vez da doenças), suficientemente pequeno para ser utilizável em contextos médicos: é sensível a sintomas e a alterações clínicas, e mede dimensões de saúde distintas, passíveis de serem valorizadas diferencialmente pelos doentes. Consiste em 20 itens, auto-administrados, que medem seis dimensões de saúde importantes (funcionamento físico, exercício do papel social, funcionamento social, saúde mental, percepção de saúde, dor). Foi adaptado com base na amostra participante no *Medical Outcomes Study*, no total de 11 186 adultos, com idades entre 18 e 103 anos ( $x=47$ ), 37% homens, em que 87% tinham completado o ensino secundário ( $x=13,7$  anos de estudo).

Outra das versões mais conhecidas e utilizadas na geração de instrumentos de avaliação da QDV, quer específicos para determinadas doenças, quer para os contextos de cuidados de saúde em geral, é o *36-Item Short-Form Health Survey* (Ware & Sherbourne, 1992). Inclui 36 itens divididos pelas seguintes dimensões: funcionamento físico, exercício do papel social, dor, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, emocional, saúde mental, alterações do estado de saúde. É uma técnica auto-preenchida em cerca de 10 minutos. Este tipo de instrumentos baseado no HIE tem sido construído com recurso a técnicas que foram desenvolvidas pela Psicologia

## 11. QDV E PSICOLOGIA DA SAÚDE

A intervenção da Psicologia de Saúde na promoção da QDV tem sido um tema de crescente interesse, nem sempre facilmente aceite pelos psicólogos. Embora a Psicologia da Saúde tenha nascido quando a Saúde passou a ser o elemento central da atenção daqueles que intervêm neste campo, os psicólogos da saúde têm reagido a mudar o foco da atenção para esta área. Já em 1982, Matarazzo chamava a atenção para que a inovação que a Psicologia da Saúde introduzira tinha sido «a forte ênfase na exaltação e promoção da saúde, e na prevenção das disfunções, em crianças e adultos saudáveis» (p. 5). Depois dis-

so, diversos autores (Kaplan, 1984; Mattarazo, 1984; Ribeiro, 1994a) continuam a reafirmar o interesse, a importância, que a Saúde (ao invés das doenças) tem para a Psicologia da Saúde.

*Como deve ser a intervenção psicológica para a promoção da QDV?* A intervenção nesta perspectiva foca a mudança do Estilo de Vida em geral, mais particularmente, dos componentes que são considerados em todos os modelos de QDV (componentes físico-comportamentais, psicológicas e sociais) ao nível da percepção e da ação. O comportamento deve ser um elemento central a mudar. Esta afirmação deriva da história da terceira revolução da saúde (Ribeiro, 1994a) que tem origem na constatação da relação estreita entre comportamento doenças e saúde. O termo comportamento não deve ser identificada com os modelos de intervenção comportamentalistas: como explica Shwartz (1982), o termo «comportamento» pode tomar vários sentidos em diferentes níveis. A investigação tem indicado comportamentos que são recursos de saúde a adoptar (Berkman & Breslow, 1983) enquanto devem ser evitados comportamentos que são apontados como comportamentos de risco para a saúde.

Esta mudança comportamental inclui a abordagem de aspectos cognitivos e emocionais que sustentam, que são consequência, ou que estão subjacentes ao comportamento. Normalmente, estas mudanças são complexas, e estão muito dependentes de múltiplos aspectos da personalidade. Esta interligação entre comportamento e outros aspectos da personalidade salientam a globalidade inerente à concepção de QDV. Alguns especialistas parecem pressupor que basta informar as pessoas sobre os malefícios de determinados comportamentos para que elas os mudem. A investigação mostra, claramente, que alguns dos grupos que melhor conhecem as consequências de determinados comportamentos, são os que mais os praticam (Pádua, 1993), salientando a insuficiência da divulgação de informação e que a mudança do Estilo de Vida é um processo complexo, a merecer atenção cuidada.

Duas grandes ilações devem ser retiradas de uma intervenção na promoção da QDV: 1) como consequência da definição e dos pressupostos inerentes à QDV *a intervenção deve focar os aspectos positivos* e não os negativos, as *poten-*

cialidades e não as disfunções (é inadequado, por exemplo, dizer que comer gorduras faz mal, e adequado promover comportamentos positivos que são incompatíveis com aqueles); 2) *deve ser privilegiada a intervenção comunitária*. Dado que, tanto os aspectos funcionais, como os psicológicos devem ir a par dos aspectos sociais, a integração dos indivíduos na comunidade, por um lado e, o pressuposto básico da intervenção comunitária – assumir a responsabilidade pelo seu destino e partilhar o da comunidade – por outro, devem ser um alvo privilegiado da intervenção psicológica.

O interesse da QDV para a Psicologia da Saúde é enorme. Ao nível da avaliação a contribuição para a produção de medidas de QDV é decisiva, dado as características destas técnicas exigir o recurso a metodologias clássicas em Psicologia (Ware, 1994). Ao nível da intervenção, pelo facto de o comportamento ser um dos elementos centrais a mudar para a promoção da QDV, a Psicologia tem um lugar privilegiado devido à sua experiência no desenvolvimento de técnicas visando a modificação do comportamento, crenças, atitudes, emoções, etc. Finalmente, dado parecer haver ligação entre as variáveis componentes da QDV e as variáveis tradicionais da Psicologia (Bryant & Veroff, 1982; Horley, 1984; Lawton, 1984; Ware, Manning, Duan, Wells & Newouse, 1984; Zautra & Hempel, 1984), a Psicologia da Saúde deve explorar a contribuição de variáveis psicológicas clássicas para o bem-estar e a QDV

## BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A. & Ware, J. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1: 349-351.
- Baker, G. & Smith, D. (1992). What patients think, feel, and do, and how this relates to clinical trials. *Medical Meeting Series*, 1: 34-40.
- Baker, G., Smith, D., Dewey, M., Morrow, J., Crawford, P. & Chadwick, D. (1991). The development of a seizure severity scale as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Research*, 8: 245-251.
- Barker, S., Tindall, B. & Carballo, M. (1990). Quality of life and clinical trials in HIV infection. *The Lancet*, 335: 1045.
- Barofsky, I. & Sugarbaker, P.H. (1990). Cancer. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 419-440, New York: Raven Press.
- Barondess, J.A. (1979) Disease and illness – a crucial distinction. *The American Journal of Medicine*, 66: 375-376.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care*, 127(3), Supplement, S148-S156.
- Bergner, M., Bobbitt, R., Kressel, S., Pollard, W., Gilson, B. & Morris, J. (1976). The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6: 393-415.
- Berkman, L.F. & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.
- Blanchard, E.B. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6): 795-796.
- Bombardier, C., Ware, J., Russel, I., Larson, M., Chalmers, A. & Read, J. (1986). Auritrofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *The American Journal of Medicine*, 81(4): 565-578.
- Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), (supplement).
- Bryant, F. & Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being: a sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4): 653-673.
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10(3): 3-9.
- Cramer, J. (1993). *Assessment of quality of life in epilepsy*. Comunicação apresentada no 20th International Epilepsy Congress, Oslo, Noruega.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12(1): 1-13.
- Croog, S.H., Levine, S., Testa, M., Brown, B., Bulpitt, C., Jenkins, D., Klerman, G. & Williams, G. (1986). The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *The New England Journal of Medicine*, 314(26): 1657-1764.
- De-Nour, A.K. (1990). Renal replacement therapies. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 381-390, New York: Raven Press.

- Edstrom, R. (1981). Health aspects of well-being in workplaces. In *Society, stress and disease* (L. Levi, Ed.), Oxford: Oxford University Press.
- Evers, S. (1990). *Health for all indicators in health interview surveys*. Voorburg, Netherlands. ICP/HST 124/10/ Rev.1 (unedited) World Health Organization-Regional Office for Europe.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63: 56-59.
- Fretwell, M.D. (1990). The frail elderly: creating standards of care. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 225-236, New York: Raven Press.
- Fries, J. & Spitz, P. (1990). The hierarchy of patient outcomes. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 25-35, New York: Raven Press.
- Gelber, R., Goldhirsch, A. & Cavalli, F. (1991). Quality-of-life-adjusted evaluation of adjuvant therapies for operable breast cancer. *Annals of Internal Medicine*, 114(8): 621-28.
- Gelber, R., Lenderking, W., Cotton, D., Cole, B., Fischl, M., Goldhirsch, A. & Testa, M. (1992). Quality-of-life evaluations in clinical trial of zidovudine therapy in patients with mildly symptomatic HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 116(12): 961-6.
- Gillham, R.A. (1992). Use and abuse of psychometric tests in measuring drug side-effects. *Medical Meeting Series*, 1: 29-33.
- GIVIO (1994). Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients: a multicenter randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 271 (20): 1587-1592.
- Greenfield, S. (1989). The state of outcome research: are we on target? *The New England Journal of Medicine*, 320(17): 1142-3.
- Holbrook, T.L., Hoyt, D.B., Anderson, J.P., Hollingsworth-Fridlund, P. & Shackford, S.R. (1974). Functional limitation after major trauma: a more sensitive assessment using the quality of well-being scale-the trauma recovery pilot project. *The Journal of Trauma*, 36(1): 74-78
- Hermann, B. (1993). Developing a model of quality of life in epilepsy: the contribution of neuropsychology. *Epilepsia*, 34 (Suppl. 4), S14-S21.
- Horley, J. (1984). Life satisfaction, Happiness, and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators. *The Gerontologist*, 24(2): 124-127.
- Hunt, S., McEwan, J. & McKenna, S. (1986). *Measuring health status*. London: Croom Helm.
- Kaplan, R. (1984). The connection between clinical health promotion and health status. *American Psychology*, 39(7): 755-765.
- Kaplan, R. (1985). Behavioral epidemiology, health promotion, and health services. *Medical Care*, 23(5): 564-583.
- Kaplan, R. M. (1988). Health-related quality of life in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3): 382-392.
- Kaplan, R.M., & Anderson, J.P (1990). The general health policy model: an integrated approach. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 131-149, New York: Raven Press.
- Kaplan, R.M., Bush, J. & Berry, C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Research*, 11: 478-507.
- Kassirer, J. (1993). The quality of care and the quality of measuring it. *The New England Journal of Medicine*, 329(17): 1263-5.
- Lawton, M.P. (1984) Investigating health and subjective well-being: substantive challenges. *International Journal of Aging and Human Development*, 19(2): 157-165.
- Lee, V.C. & Rowlingson, J.C. (1990). Chronic pain management. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 269-294, New York: Raven Press.
- Liang, M.H., Katz, J. & Ginsburg, K.S. (1990). Chronic rheumatic disease. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 441-458, New York: Raven Press.
- Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34(1): 4-13.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1): 1-14.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In *Behavioral Health* (J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss, Eds.), pp. 3-40, New York: John Wiley & Sons.
- Marques, A., Torres, E., Pereira, H., Cerdeira, M. & Cunha, M. (1992). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 1(1): 31-34.
- McGuire, A.M. (1991). Quality of life in women with epilepsy. In *Women and epilepsy* (M.R. Trimble, Ed.), Chichester: John Wiley & Sons.
- McLeod, R.S. (1990). Gastrointestinal surgery. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 323-331, New York: Raven Press.
- McNeill, B., Weichselbaum, R. & Pauker, S. (1981). Tradeoffs, between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 305(17): 983-987.

- McSweeney, A.J. & Labuhn, K.T. (1990). Chronic obstructive pulmonary disease. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 391-418, New York: Raven Press.
- Meinardi, H., Cramer, J., Baker, G. & Martins da Silva, A. (1993). *Quantitative assessment in epilepsy care*. (NATO ASI series: Series A, Life sciences; vol. 255). (Published in cooperation with NATO Scientific Affairs Division). New York: Plenum Press.
- Metzger, D.S. & O'Brien, C.P. (1990). Substance abuse: the challenge of assessment. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 237-246, New York: Raven Press.
- Oparil, S. (1993). Antihypertensive therapy-efficacy and quality of life. *The New England Journal of Medicine*, 328(13): 959-961.
- Pádua, F. (1993). Cessar de fumar. *Cardiologia Actual*, 20: 740.
- PNUD (1994). *Relatório do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Tricontinental Editora.
- Raczynski, J.M. & Oberman, A. (1990). Cardiovascular surgery patients. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 295-322, New York: Raven Press.
- Ribeiro, J.L.P. (1994a). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (T. McIntyre, Ed.), pp. 33-55, Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J.L.P. (1994b). Psicologia da saúde, saúde e doença. In *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (T. McIntyre, Ed.), pp. 33-55, Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J.L.P., Mendonça, D., Gomes, I., Gonçalves, L. & Martins Silva, A. (1994a). *Domains of QOL and epilepsy*. Comunicação a apresentar no corrente ano ao European Congress of Epileptology.
- Ribeiro, J.L.P., Mendonça, D., Gomes, I., Gonçalves, L. & Martins Silva, A. (1994b). *Impact of epilepsy on HRQL*. Comunicação a apresentar no corrente ano ao European Congress of Epileptology.
- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40: 533-579.
- Rosenbaum, P., Cadman, D. & Kirpalani, H. (1990). Pediatrics: assessing quality of life. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 205-216, New York: Raven Press.
- Schipper, H., Chinch, J. & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 11-24, New York: Raven Press.
- Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6): 1040-1053.
- Shumaker, S., Anderson, R. & Czajkowski, S. (1990). Psychological tests and scales. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 95-113, New York: Raven Press.
- Smith, D. & Baker, G. (1993). The quality of life of patients with epilepsy. In *Quantitative assessment in epilepsy care* (H. Meinardi, J. Cramer, G. Baker & A. Martins da Silva, Eds.) (NATO ASI series: Series A, Life sciences, vol. 255), New York: Plenum Press.
- Sobel, S.D. (1979). Introduction. In *Ways of Health: holistic approaches to ancient and contemporary medicine* (S.D. Sobel, Ed.), New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Spilker, B. (1990). Introduction. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 3-9, New York: Raven Press.
- Spilker, B. (1992). Standardisation of quality of life trials: An industry perspective. *PharmacoEconomics*, 1(2): 73-75.
- Spilker, B. (1993). Health-related quality of life. In *Quantitative assessment in epilepsy care* (H. Meinardi, J. Cramer, G. Baker & A. Martins da Silva, Eds.) (NATO ASI series: Series A, Life sciences; vol. 255), New York: Plenum Press.
- Stewart, A.L., Hays, R.D. & Ware, J.E. (1988). The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26(7): 724-735.
- Stewart, A.L. & Ware, J. (1993). *Measuring functioning and well-being*. Durham: Duke University Press.
- Sugarbaker, P., Barofsky, I., Rosenberg, S. & Gianola, F. (1982). Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. *Surgery*, 91(1): 17-23.
- Tarlov, A.R. (1992). Outcomes assessment and quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection. *Annals of Internal Medicine*, 116(2): 166-167.
- Tarlov, A.R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E., Perrin, E. & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of American Medical Association*, 262(7): 925-930.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2): 193-210.
- Testa, M., Anderson, R., Nackley, J., Hollenberg, N. & Quality-of-life hypertension study group. (1993). Quality of life and antihypertension therapy in men. *The New England Journal of Medicine*, 328(13): 907-13.
- Tousignant, P., Cosio, M., Levy, R. & Groome, P. (1994). Quality adjusted life years added by treatment of obstructive sleep apnea. *Sleep*, 17(1): 52-60.

- Vam Dam, F., Sommers, R. & Van Beck-Couzijn, A. (1981). Quality of life: some theoretical issues. *Journal of Clinical Pharmacology*, 21(suppl. 8-9): 166.
- Vickrey, B., Hays, R., Graber, J., Rausch, R., Engel, J. & Brook, R. (1992). A health related quality-of-life instrument for patients evaluated for epilepsy surgery. *Medical Care*, 30(4): 299-319.
- Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J. & Carpenter, C. (1992). Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Annals of Internal Medicine*, 116(2): 129-137.
- Ware, J. (1981). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53: 2316-2323.
- Ware, J. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes. *Cancer*, 67(3): 774-779.
- Ware, J. (1993). Measures for a new era of health assessment. In *Measuring functioning and well-being* (A.L. Stewart & J. Ware, Eds.), pp. 3-11, Durham: Duke University Press.
- Ware, J. (1994). Standards for evaluating the standards. *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 2(3): 2-3.
- Ware, J., Manning, W., Duan, N., Wells, K. & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10): 1090-100.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30: 473-483.
- Ware, J., Sherbourne, C. & Davies, A. (1993). Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey: a general population application. In *Measuring functioning and well-being* (A.L. Stewart & J. Ware, Eds.), pp. 277-290, Durham: Duke University Press.
- Ware, J., Nelson, E., Sherbourne, C. & Stewart, A. (1993). Preliminary tests of a 6-item general health survey. In *Measuring functioning and well-being* (A.L. Stewart & J. Ware, Eds.), pp. 291-307, Durham: Duke University Press.
- Wenger, N.K. & Furberg, C.D. (1990). Cardiovascular disorders. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 335-346, New York: Raven Press.
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, n.º 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneva, Interim Commission.
- Wijkstra, P., Altena, R., Kraan, J., Otten, V., Postma, D. & Koeter, G. (1994). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. *European Respiratory Journal*, 7: 269-73.
- Williams, T.F. (1990). Geriatrics: a perspective on quality of life and care for older people. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 217-224, New York: Raven Press.
- Wilson, R.S., & Goetz, C.G. (1990). Neurologic illness. In *Quality of life assessments in clinical trials* (B. Spilker, Ed.), pp. 347-356, New York: Raven Press.
- Wu, A.W., Rubin, H.R., Mathews, W. C., Ware, J.E., Brysk, L.T., Hardy, W.D., Bozzette, S.A., Spector, S.A. & Richman, D.D. (1991). A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 29(8): 786-798.
- Zautra, A. & Hempel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19(2): 95-110.

## RESUMO

A Qualidade de Vida tornou-se um tema importante, tanto para o sistema de cuidados de saúde, como para o sistema de saúde em geral e, por isso, para todos os que se interessam pela intervenção nas doenças e na Saúde, nomeadamente para o Psicólogo da Saúde. No contexto específico do sistema de cuidados de saúde as expressões Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde são, com frequência, utilizadas como sinónimos. O presente artigo propõe-se apresentar o conceito de Qualidade de Vida e de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, nomeadamente, a sua definição, composição, implicações para a intervenção, modo de o avaliar e, finalmente, do seu interesse para a Psicologia da Saúde.

## ABSTRACT

Quality of Life has become a relevant subject in the health care system and in the health field. It's use is spreading and it's importance is growing as a valid indicator of whether or not a medical treatment is beneficial. Quality of Life is an important domain for health psychology. In this article we discuss the concept of Quality of Life, it's relationships with Health, how it is organised, implications for intervention, how to assess it and it's importance for Health Psychology.