

Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus — BA¹

Quality of life in patients discharged from psychiatric institutions: the Ilhéus — BA, case

Rozemere Cardoso de Souza²

Maria Cecília Moraes Scatena³

RESUMO

Esta pesquisa objetivou investigar a qualidade de vida de egressos de instituições psiquiátricas, através de instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua versão abreviada. Evidenciaram-se as carências e os aspectos que merecem a atenção dos profissionais de saúde, quando do planejamento, implementação e avaliação de ações com vistas à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, no contexto estudado, constituindo-se num valioso diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: *saúde mental; qualidade de vida; programa saúde da família.*

ABSTRACT

This research aimed at investigating the quality of life of patients discharged from psychiatric institutions, through an instrument of life quality assessment (WHOQOL) developed by the World Health Organization (WHO), in its abbreviated version. The lacks and the aspects which deserve the health professionals' attention were shown considering the planning, implementation and evaluation of actions which relate to the improvement of the subjects' life quality, in the studied context, being a valuable diagnosis.

KEY WORDS: *mental health; quality of life; family health program.*

¹ Parte da dissertação de mestrado, defendida em 13/12/2000 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

² Professora assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus/ BA. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. e-mail: rosecarsouza@ig.com.br

³ Professora associada junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. e-mail: cila@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A vida do doente mental é marcada por sofrimentos que são, frequentemente, ligados à própria doença e/ou à evolução do seu cuidado, caracterizados por relações de poder e de subordinação de tal modo que o sujeito é “transformado em doente-objeto, não gente, não homem” (Ornellas, 1997:196).

Embora a tendência atual contemple a mudança dessa situação e o exercício pleno da cidadania dos doentes mentais, percebemos, em nosso cotidiano profissional, uma insuficiência de práticas capazes de promover tal socialização, já que não propiciam a criação de espaços positivos dos quais possam emergir relações capazes de transformar suas experiências de vida.

A expectativa de um olhar mais positivo à vida de um portador de distúrbio mental, mesmo em nossos dias, tem-se dado de forma muito lenta, sendo notória a carência de políticas que promovam o bem-estar dessas pessoas e da comunidade em geral.

Motivados para contribuir com a melhoria do cuidado prestado a esses sujeitos e a seus familiares, interessamo-nos por conhecer o dia-a-dia especialmente daqueles que vivem em suas comunidades e que ainda não contam com apoio para enfrentamento dos obstáculos decorrentes dessa convivência ou de outros fatores.

Assim pensando, com o auxílio da literatura, chegamos à conclusão de que um estudo sobre qualidade de vida desses sujeitos nos possibilitaria conhecer, de modo mais abrangente, como eles vivem. Este fator de fundamental importância seria o ponto de partida para as mudanças que estudávamos implementar.

Qualidade de vida, compreendido como um termo de caráter subjetivo e multidimensional. Galera (1994) o define como o resultado do

MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO DESSA TEMÁTICA, EM SAÚDE MENTAL, TÊM SIDO ATRIBUÍDAS À NECESSIDADE DE MELHOR ENTENDER AS LIMITAÇÕES E O SOFRIMENTO LIGADO ÀS DOENÇAS MENTAIS

processo de interações do homem com seu meio ambiente, valendo este como um atributo que classifica como boa ou ruim tal interação. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) engloba em seu conceito a interação do indivíduo com o seu ambiente interno e externo: “Qualidade de vida é a percepção de uma pessoa de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectati-

vas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994:28).

Motivações para o estudo dessa temática, em saúde mental, têm sido atribuídas à necessidade de melhor entender as limitações e o sofrimento ligado às doenças mentais. Também há o entendimento de que melhorias neste campo conduzirão à redução das taxas de internações psiquiátricas, da sobrecarga familiar e do sistema de saúde, com conseqüente economia de recursos, pois as doenças mentais estão entre as que mais oneram a sociedade (Marcolin, 1998).

O tema é importante por nortear intervenções que possam causar impacto positivo na vida dos sujeitos, uma vez que as avaliações podem ocorrer a partir de suas percepções, possibilitando que sejam ouvidos não-somente quanto aos aspectos que se referem à doença.

Exposto isto, o presente trabalho objetivou investigar a qualidade de vida de pessoas egressas de unidades de atendimento psiquiátrico, buscando conhecer suas percepções quanto aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

METODOLOGIA

Local da pesquisa

Desenvolvemos este estudo na área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF), no bairro Nossa Senhora da Vitória, localizado no município de Ilhéus/ BA. Den-

tre as razões para a escolha desta área, destacamos: a identificação, através dos registros do PSF, como uma das áreas que possuíam maior incidência de distúrbio mental e o apoio dos profissionais desse programa para a identificação dos sujeitos, bem como para intervenções futuras.

Sujeitos do estudo

Incluímos no estudo 26 sujeitos adultos, de ambos os sexos, todos vinculados ao PSF, que atenderam aos seguintes critérios: ser egresso de instituição psiquiátrica, ou seja, em algum momento de sua vida foi submetido a tratamento psiquiátrico em instituições para esse fim, seja ambulatorial ou hospitalar, não nos importando sua região de origem, nem a frequência de atendimentos ou seu diagnóstico; ser capaz de compreender perguntas e responder a um questionário e concordar em participar da pesquisa. Dentre os participantes, excluímos apenas os egressos por abuso de substâncias psicoativas, dadas às peculiaridades desse sofrimento e da assistência.

Procedimentos para coleta e análise dos dados

Coletamos os dados entre os dias 24 de abril e 02 de junho de 2000, utilizando instrumento de avaliação

da qualidade de vida, elaborado pela OMS, em sua versão abreviada (WHOQOL-BREF), que foi validado no Brasil pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre. Trata-se de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, com medidas de intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Esta escala abrangeu 24 questões que avaliaram 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio am-

INCLUÍMOS NO ESTUDO
26 SUJEITOS ADULTOS,
DE AMBOS OS SEXOS,
TODOS VINCULADOS AO PSF

biente), as quais representam 24 facetas, isto é, subdomínios do instrumento original, e mais 2 que compõem um quadro geral da qualidade de vida, totalizando 26 questões (Fleck et al., 1999). Apesar desta classificação, que busca representar a multidimensionalidade do objeto de estudo (a qualidade de vida), compre-

endemos, e os resultados aqui apresentados confirmam, que facetas e domínios relacionam-se entre si.¹ Além da escala, uma parte do questionário destinou-se aos dados sociodemográficos dos sujeitos e a algumas informações sobre sua saúde.

Um dos pesquisadores aplicou os questionários em um só encontro, o qual teve duração média de 45 minutos. Esclareceu aos sujeitos, inicialmente, que as respostas deveriam se referir às duas semanas anteriores à entrevista.

Para análise dos dados utilizamos o programa Epi Info, da OMS, de domínio público. Uma vez categorizados, estes nos permitiram identificar as características sociodemográficas dos sujeitos e os resultados dos domínios do WHOQOL-BREF. Para encontrar estes últimos, seguimos os passos definidos pela OMS e descritos por Fleck et al. (1998).

Apresentamos os resultados dos domínios por meio de gráficos que mostram as frequências de respostas em três categorias: satisfação, insatisfação e posição intermediária. Descrevemos as médias encontradas para cada domínio numa escala de 4 a 20 pontos, assim como os resultados mais relevantes das facetas que compõem os mesmos. Quanto maior o escore, melhor a representação da qualidade de vida.

¹ Maiores informações acerca da estrutura do instrumento e da nossa experiência em utilizá-lo, ver SOUZA, R.C., 2000. *Qualidade de vida das pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus/BA*. Ribeirão Preto. 122p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Características sociodemográficas dos sujeitos e condições de saúde

Dos 26 sujeitos entrevistados, a grande maioria (76,9%) era do sexo feminino, com idade entre 20 e 70 anos, sendo a média de 43 anos. Constatamos que mais da metade (53,8%) não possuía companheiro. Quanto à escolaridade, quase todos (92,3%) eram analfabetos ou semi-analfabetos.

Segundo a ocupação e rendimentos, observamos que para cada três sujeitos, um encontrava-se aposentado, sendo que o rendimento da maioria (69,2%) procedia de auxílio previdenciário (aposentadoria ou pensão), ou de parentes e amigos.

Com relação às moradias, estas não apresentavam boas condições. Eram de difícil acesso, muitas habitadas ainda em construção. Nem sempre possuíam banheiro no interior da casa, nem água encanada.

Quando interrogados sobre sua condição de saúde, a maioria dos sujeitos (61%) a considerou insatisfatória (muito ruim ou fraca), citando como principais problemas de saúde: problemas nervosos ou emocionais, doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes) e dores diversas.

Características como analfabetismo, carência parcial ou total de

renda, moradias inadequadas e estado insatisfatório da saúde,² mostram que os sujeitos estão à margem da sociedade e distantes da cidadania plena. No entanto, estas se assemelham às características sociodemográficas das demais famílias vinculadas ao PSF, do contexto estudado (Souza, 2000), tão comuns às periferias urbanas formadas pelas migrações, mas próprias de uma região que vem experimentando a maior crise econômica de sua história (Pimenta, 2000).

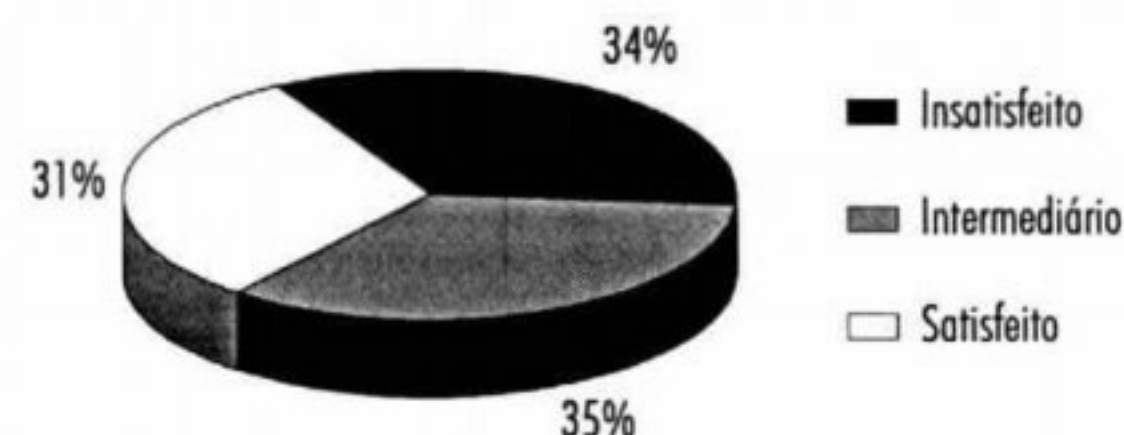
Nesse contexto, é importante ressaltarmos que, quando os sujeitos se deslocam de uma situação para outra, suas expectativas são de melhoria das condições de vida, o que nos leva a reforçar a idéia da necessidade de implementação de ações voltadas à saúde mental das comunidades.

Análise das frequências de respostas do *whoqol-bref*

Domínio 1 (Domínio Físico)

Em geral, as respostas obtidas para o domínio Físico – 1 (Gráfico 1) demonstraram que 34% dos sujeitos estavam insatisfeitos, tema que afe-riu uma média de 11,91 (posição intermediária).

Gráfico 1 – Distribuição da frequência de respostas sobre a medida de satisfação para o domínio 1. Município de Ilhéus/BA, 2000.



Em relação às facetas que compuseram este domínio, destacamos aquelas a que os sujeitos se referiram como as mais difíceis e as que lhes davam maior satisfação. São elas: 'dor e desconforto' e 'dependência de medicamentos'; e ainda 'capacidade para o trabalho', respectivamente.

Observamos que os sintomas 'dor e desconforto' dificultavam o cotidiano da grande maioria dos sujeitos, pois 69% mencionaram que eles os impediam de fazer o que precisavam, variando de média a extrema intensidade tal impedimento.

² saúde conforme entendimento dos sujeitos.

Quanto à 'dependência de medicação ou de tratamentos', quase que a unanimidade (96%) dos sujeitos respondeu precisar de algum tratamento médico para levar sua vida diária, ainda que uma minoria (4%) considerasse pequena tal necessidade.

Percebemos, por esses resultados, que os sujeitos têm baixa autonomia e dão pouca atenção à saúde, principalmente a mental, o que era esperado, uma vez que os serviços de saúde mental de Ilhéus ainda estão fortemente influenciados pela cultura manicomial e os profissionais não parecem se preocupar com a transformação, nem tampouco com a continuidade da assistência. Discutiremos melhor estas questões após avaliação do domínio psicológico.

Na avaliação da sua 'capacidade para o trabalho', metade (50%) dos sujeitos demonstrou satisfação e a outra metade (46%) insatisfação. Isto denota que, mesmo a maioria dos sujeitos estando aposentada ou desenvolvendo atividades informais, eles ainda se sentem úteis e precisam de ajuda para se inserir no mercado de trabalho, de modo a terem seu potencial valorizado.

Iniciativas como o 'Projeto Trabalho', desenvolvido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 'Luís da Rocha Cerqueira', em São Paulo, têm provado com sucesso a possibilidade de inserir o doente mental no

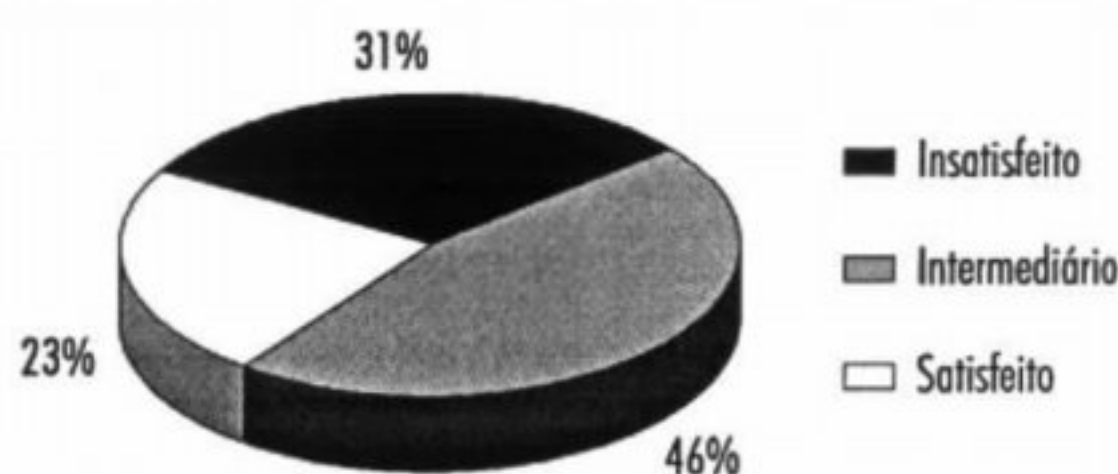
mercado produtivo e afirmado que a relação terapêutica é um ingrediente imprescindível nesse processo (Motta, 1997).

Assim, observamos que alternativas para o trabalho são necessárias e que as interações terapêuticas desenvolvidas por profissionais de saúde têm seu valor, favorecendo os sujeitos a se desenvolverem enquanto pessoas, a aumentarem seus rendimentos e, conseqüentemente, a satisfazerem melhor suas necessidades, proporcionando segurança e satisfação às suas vidas.

Domínio 2 (Domínio Psicológico)

As respostas obtidas para o domínio 2 (Gráfico 2) revelaram que 31% dos entrevistados mostraram-se insatisfeitos, mas a maioria (46%) respondeu que não estava satisfeita, nem insatisfeita. A média observada neste domínio foi de 11,25 (posição intermediária).

GRÁFICO 2 – Distribuição da frequência de respostas sobre a medida de satisfação para o domínio 2. Município de Ilhéus/BA, 2000.



Ainda neste domínio, os sujeitos demonstraram experimentar situações críticas nas facetas sentimentos positivos e negativos. Na primeira, que contribui para melhorar sua qualidade de vida, observamos carência e as frequências atribuídas a ela revelaram que metade (50%) dos sujeitos não aproveitava a vida como gostaria, respondendo que não a aproveitava ou que a aproveitava muito pouco.

No que diz respeito à frequência com que os sujeitos tinham 'sentimentos negativos', tais como mau-humor, desespero, ansiedade e depressão, quase todos (96,2%) responderam conviver com tais sentimentos, variando a frequência de algumas vezes a sempre.

Se pensarmos que esses sujeitos estão vinculados a um programa que visa à promoção da saúde e que em algum momento de suas vidas mantiveram contato com os serviços de assistência psiquiátrica, estes aspectos, ao lado dos observados no domínio físico, demonstram que tais serviços além de não atenderem às suas necessidades, não os valorizam assistindo-os de

maneira mais humana e holística, pois percebemos que dentre suas necessidades principais está a de que alguém escute as suas queixas.

Para Brasil (1996:21), por trás das queixas e sintomas esconde-se um pedido de ordem afetiva e de relacionamento que necessita ser compreendido. Este autor afirma que “se o maior sofrimento é a doença, o maior sofrimento da doença é a solidão; quando o médico (ou outro profissional) se recusa a ouvir o que o paciente tem a lhe dizer, isto tem o caráter de uma proscricção, uma excomunhão para o paciente”. Menciona, ainda, que com frequência as pessoas não têm com quem queixar-se de seus males. Este fato foi claramente observado por nós, quando identificávamos os sujeitos e realizávamos as entrevistas, tanto que uma das falas ficou em nossa mente: ‘é bom ter com quem se abrir’.

Integrante deste domínio, a faceta ‘imagem corporal e aparência’ apresentou maior satisfação dos sujeitos, pois 50% manifestaram tendência a aceitar a própria aparência. Entretanto, alguns entrevistados demonstraram conformismo com essa situação, alegando impossibilidade de melhorá-la, o que, provavelmente, mostra a carência de se olharem no espelho e de gostarem do que observam, aspecto muito significativo na qualidade de vida, para não deixarmos de lado os sonhos que nos conduzem a lutas e conquistas e nos fazem sentir realizados.

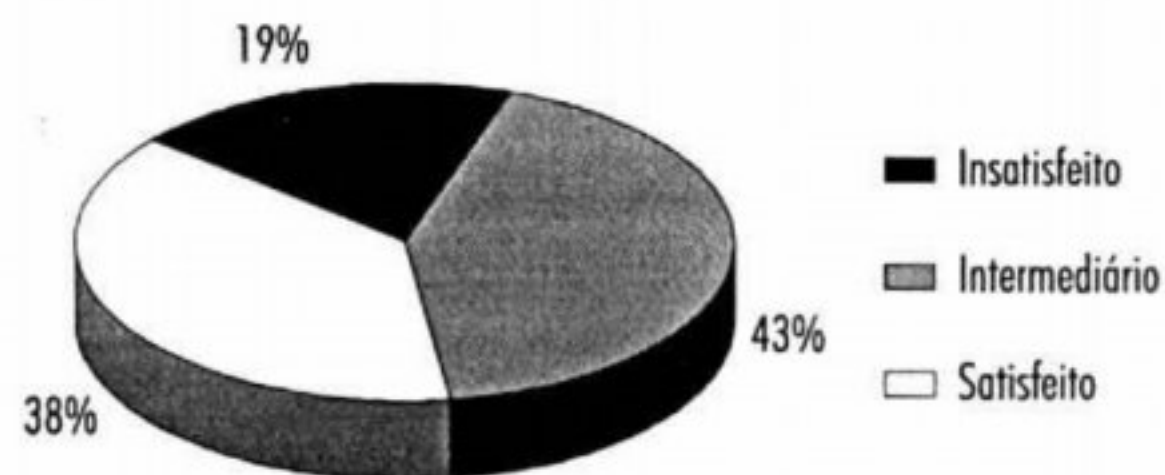
Esse é um trabalho de ajuda que o profissional pode empreender junto ao paciente, em suas relações.

Dessa forma, entendemos que, se os profissionais de saúde atentarem para uma assistência mais humana, certamente terão atitudes mais responsáveis e éticas, desenvolvendo habilidades e potencialidades que ajudarão os sujeitos a melhorar a qualidade de suas vidas.

Domínio 3 (Relações Sociais)

Nas respostas referentes ao domínio ‘relações sociais’ (Gráfico 3), a insatisfação foi pequena, correspondendo a 19% dos sujeitos. A média observada de 12,98 indicou posição intermediária, sendo este o maior escore observado.

GRÁFICO 3 – Distribuição da frequência de respostas sobre a medida de satisfação para o domínio 3. Município de Ilhéus/BA, 2000.



As respostas obtidas para cada uma das facetas ‘relações pessoais’ (amigos, parentes, conhecidos e colegas), ‘suporte (apoio) social’ e ‘atividade sexual’ indicaram que a maioria dos entrevistados (entre 50 a 57%) encontrava-se satisfeita com relação a elas.

A satisfação encontrada neste domínio contraria resultados de outras pesquisas (Galera & Teixeira, 1997; Campos & Caetano, 1998) e pode estar relacionada a características geográficas e socioculturais do contexto estudado.

Segundo Alves et al. (1999), no Nordeste os sujeitos estabelecem uma extensa rede de relações com os que vivem mais próximos, atividade que é própria das mulheres, responsáveis por sustentar as ligações de parentesco. Solidariedade e prontidão ajudam a manter esses laços, que têm grande peso na vida dos sujeitos.

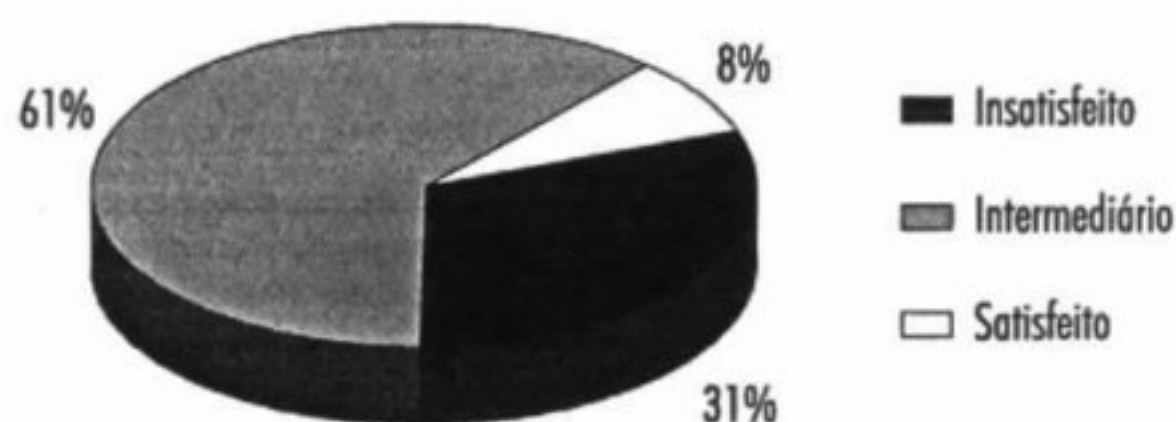
A esse respeito, Heimstra & Mcfarling (1978:123) afirmam que moradores de áreas faveladas “têm um forte sentimento de pertinência. A área física que circunda suas casas é tida como parte integrante delas e serve como base para um vasto conjunto de vínculos sociais.”

Com esta pesquisa pudemos perceber que a satisfação dos sujeitos com relação a esse domínio pode ser atribuída à experiência de compartilhar condições de vida comuns, que lhes permitem falar a mesma linguagem. Mesmo assim, estudos mais qualitativos poderiam oferecer maior compreensão da forma e das condições satisfatórias dos egressos experimentarem suas relações.

Domínio 4 (Meio Ambiente)

Os resultados relacionados ao meio ambiente (domínio 4), que abrange seus recursos 'naturais e sociais', demonstraram que praticamente não há sujeitos satisfeitos neste domínio, pois apenas 8% demonstraram satisfação (Gráfico 4), ficando a média em torno de 11,25 (posição intermediária). Este foi o menor resultado atribuído aos domínios do WHOQOL-BREF.

GRÁFICO 4 – Distribuição da frequência de respostas sobre a medida de satisfação para o domínio 4. Município de Ilhéus/BA, 2000.



Em relação às frequências para as facetas deste domínio, constatamos que os principais obstáculos são a insegurança; carência de recursos financeiros, de informações necessárias ao dia-a-dia, de oportunidades de lazer, bem como a precariedade do ambiente físico.

O 'ambiente físico' foi considerado saudável para aproximadamente 20% dos entrevistados. Este número refletiu a realidade do contexto estudado, no qual observamos a inexistência de infra-estrutura, responsável pela forma desordenada com que o bairro vem sendo construído, assim como a existência das desigualdades sociais.

Assim sendo, consideramos imprescindível a adoção de políticas ambientais, para melhorar a qualidade de vida desses sujeitos, dentre as quais citamos: saneamento básico, pavimentação de ruas e morros e o desenvolvimento de projetos educativos. No entanto, entendemos que o sucesso dessas ações e de outras similares dependerá do desempenho de todos os atores envolvidos, conforme alerta o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA, 2000).

Quanto à insegurança, identificada pela faceta 'segurança física e proteção', 50% dos entrevistados afirmaram que não se sentem nada seguros ou muito pouco seguros em sua vida diária. No que tange aos 'recursos financeiros', grande parte dos sujeitos (69%) disse não possuir dinheiro ou possuí-lo aquém das suas necessidades.

Estes aspectos podem estar inter-relacionados, e a insegurança pode ser consequência do ambiente precário. Do mesmo modo, a insegurança pode estar vinculada à renda, pois sendo insuficiente para as necessidades básicas dos sujeitos, compromete gravemente o seu bem-estar.

No que se refere a 'oportunidades de adquirir novas informações e habilidades', 50% dos entrevistados responderam encontrar dificuldades de acesso às informações necessárias ao seu dia-a-dia. Isto, provavelmente, está ligado ao grau de instrução dos sujeitos e se atentarmos para este mundo cada vez mais informatizado, onde as informações é que direcionam melhor nossas vidas, teremos aí mais um agravante.

Com relação às 'oportunidades de participação em recreação/lazer', 69% dos sujeitos responderam ter pouca ou nenhuma oportunidade para desenvolvê-los, resultado que nos surpreendeu pelo fato de o local de estudo ter acesso direto ao mar.

Conforme Ferreira (1999:78), "o lazer é um tempo em que o homem

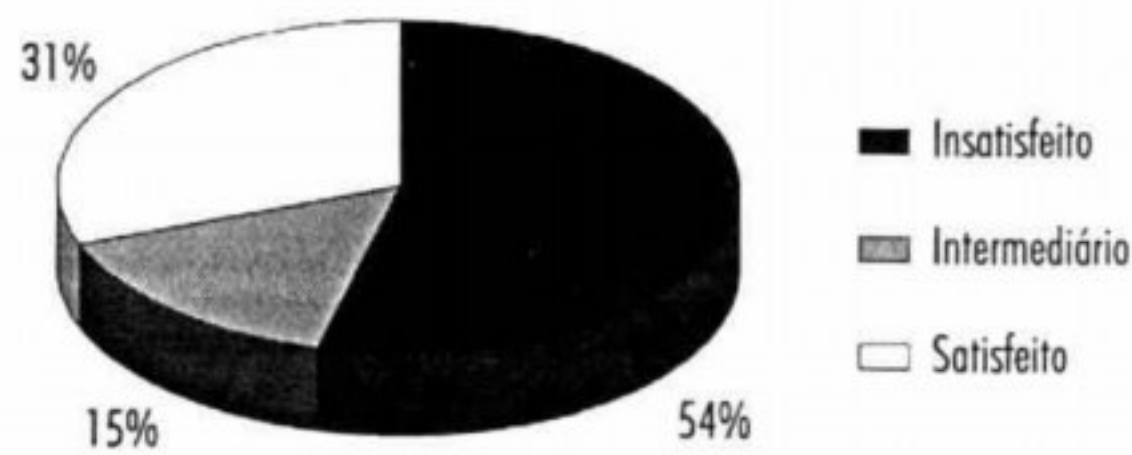
se livra de um cotidiano massacrante e descobre que o ócio é fundamental como princípio criador."

Compartilhando com esta idéia, percebemos que há necessidade de motivar os sujeitos a buscarem formas de lazer, as quais contribuirão para sua maior satisfação e desenvolvimento na comunidade onde vivem.

Quadro da qualidade de vida geral

O quadro da qualidade de vida geral (Gráfico 5) indicou que 54% dos sujeitos perceberam a qualidade de suas vidas como insatisfatória, ficando a média em torno de 11,15 (posição intermediária).

GRÁFICO 5 – Distribuição da freqüência de respostas sobre a medida de satisfação para o resultado da qualidade de vida geral. Município de Ilhéus/BA, 2000.



Nas questões que compuseram esse quadro, a insatisfação com a qualidade de vida pareceu estar mais relacionada à saúde. Provavelmente, essa avaliação tenha sido influenciada pelos problemas de saúde referidos pelos sujeitos, como também pelo impacto negativo do distúrbio mental à vida do portador.

No entanto, a relação entre saúde e qualidade de vida vai muito além dessa referência à doença, pois a saúde, em seu sentido amplo (de promoção de bem-estar e estilos de vida saudáveis, por exemplo), também tem a ver com todas as particularidades dos domínios aqui descritos.

Buss (2000) entende que as explicações e respostas para a articulação da saúde e qualidade de vida se desenvolvem no campo conceitual e na prática da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa como "processo que confere às populações os meios de assegurarem um maior controle sobre sua própria saúde e de melhorá-la (...) pressupõe os modos de vida saudáveis para alcançar o bem estar" (OMS, 1986).

Nesse sentido, a saúde constitui o principal recurso para a qualidade de vida e a sua promoção deve somar esforços para que todos os sujeitos, sem distinção, tenham ao seu alcance os mesmos recursos e possibilidades para

o desenvolvimento de seu potencial, num determinado contexto, para que assumam suas responsabilidades no desenrolar desse processo (OMS, 1986).

Compreendemos, portanto, que promover saúde implica um conjunto de esforços do qual os sujeitos também devem participar, buscando melhorar suas vidas, exercendo assim sua cidadania plena.

Diante do exposto, consideramos este trabalho relevante por servir como um indicador que poderá, num contexto local, auxiliar seus atores (sujeitos, líderes comunitários, equipe do PSF, Universidade) a discutirem e definirem suas responsabilidades, pelo menos em saúde mental, partindo das carências aqui identificadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade de vida através do instrumento WHO-QOL-BREF trouxe-nos um valioso diagnóstico, apontando carências e aspectos que merecem mais atenção dos profissionais de saúde, quando do planejamento e implementação de ações para o cuidado. Dentre esses aspectos, destacamos: a necessidade de interagir com os sujeitos, valorizando-os e ajudando-os a darem maior importância às suas vidas; escutá-los terapeuticamente em suas queixas; construir um ambiente saudável; pro-

mover atividades de lazer, acesso às informações e promoção à saúde.

Entendemos que a equipe do PSF pode desenvolver assistência holística e humanizada que concorra para o atendimento dessas necessidades, possibilitando, inclusive, aos egressos desenvolverem autonomia e obterem alívio do sofrimento decorrente da dependência de medicação/tratamentos e dos sentimentos negativos experimentados no cotidiano.

Por outro lado, os aspectos considerados satisfatórios precisam ser valorizados, embora a satisfação com as relações sociais, contrária a resultados de outras pesquisas, mereça um estudo mais qualitativo esclarecedor da forma e condições dessa experiência, a fim de serem mais bem trabalhados.

Vimos que os aspectos não falam por si só, por que estão interligados com os demais dentro de um mesmo domínio ou fora dele, o que nos levou a pontuar algumas questões relevantes que, certamente, conduziram a intermináveis discussões. No entanto, chamou-nos a atenção de como a saúde, tendo um sentido positivo e multidimensional, mantém estreita relação com a qualidade de vida satisfatória, constituindo-se num recurso primordial para sua promoção.

Dessa maneira, contemplamos a importância tanto da equipe do PSF, para o início de um processo que eleve a qualidade de vida dos sujei-

tos existentes no contexto estudado, como deste estudo para nortear esse processo, que no seu transcorrer exigirá novas avaliações dos itens estudados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. & SOUZA, I. M., 1999. Introdução. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B. & SOUZA, I. S. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- BRASIL, M. A. A., 1996. A ética do sofrimento humano. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks.
- BUSS, P. M., 2000. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p. 163-78.
- CAMPOS, E. M.; CAETANO, D., 1998. Qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.47, n.1, p.19-22.
- FERREIRA, G., 1999. As instâncias sociais na prática: uma questão ética. *Cadernos IPUB*, n.14, p.77-82.
- FLECK, M. P. A. et al., 1998. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998 (On Line). Disponível em: [<http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq>]. Acesso em: 18 de novembro de 1999.
- FLECK, M. P. A. et al., 1999. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.21, n.1, p.19-28.
- GALERA, S. A. F., 1994. *Contribuição ao estudo da qualidade de vida de doentes mentais tratados ambulatorialmente*. Ribeirão Preto, 79p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GALERA, S. A. F.; TEIXEIRA, M. B., 1997. Definindo qualidade de vida de pessoas portadoras de problemas de saúde mental, número especial. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, v.5, p.69-75.
- HEIMSTRA, N. W.; MCFARLING, L. H., 1978. *Psicologia ambiental*. São Paulo, EPU/EDUSP, p.123.
- IBAMA, A contribuição do IBAMA para a questão ambiental (On Line). Disponível em: [<http://www.ibama.gov.br/online/artigos/artigo22.html>]. Acesso em: 04 de outubro de 2000.
- MARCOLIN, M. A., 1998. Escala de qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v.25, n.6, p. 352-6.
- MOTTA, A. A., 1997. *A ponte de madeira: a possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

OMS. *Carta de Ottawa*, 1986. Conferência Internacional para a promoção da Saúde: em direção de uma nova saúde pública, 8p.

ORNELLAS, C. P., 1997. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro, Revan, p.196.

PIMENTA, A. C. M., 2000. A crise na região cacauzeira da Bahia. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 de agosto.

SOUZA, R. C. A., 2000. *Diagnóstico sócio-sanitário-participativo do bairro Nossa Senhora da Vitória e proposta de intervenção com base em problemas priorizados*. Ilhéus, 128p. Monografia (Curso de especialização) – Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Estadual de Santa Cruz.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int. J. Ment. Health*, v.23, n.3, p.24-56, 1994.