Autopercepção de qualidade de vida em adultos de uma região litorânea do estado de São Paulo[1]

Self-perception of quality of life in adults from a coastal region of the state of São Paulo

Fernanda Ribeiro de Araújo[2]
Rodolfo Eduardo Scachetti[3]
Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro[4]

RESUMO: Introdução: O objetivo do estudo foi avaliar, sob o ponto de vista conceitual da Organização Mundial da Saúde, a autopercepção de qualidade de vida de adultos de uma região litorânea do Estado de São Paulo, em suas possíveis diferenças por faixas etárias, sexo e classe econômica. Método: Foram avaliados 1126 adultos com uso do EUROHISQOL 8-item. Resultados: Os homens, os participantes mais velhos, e os de classes econômicas A e B que apresentaram maiores médias para sua autopercepção de qualidade de vida. Conclusão: Conclui-se que, apesar de seus resultados não generalizáveis, a pesquisa dá indicativos sobre idade, sexo e variáveis sociodemográficas que podem servir para orientar possíveis intervenções no sentido de incrementar os níveis de qualidade de vida de grupos específicos da população, considerando-se suas peculiaridades.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Adultos; EUROHISQOL 8-item; Região litorânea.

ABSTRACT: *The objective of the study was to evaluate, from the conceptual point of view of the World Health Organization, the self-perception of quality of life of adults in a coastal region of the State of São Paulo, in its possible differences by age groups, gender and economic class. 1126 adults were evaluated using the EUROHISQOL 8-item. Results indicated men, older participants, and those from economic classes A and B who had the highest averages for their self-perception of quality of life. It is concluded that, despite its non-generalizable results, the research gives indications about age, sex and sociodemographic variables that could serve to guide possible interventions in order to increase the quality of life levels of specific groups of the population, considering its peculiarities.*

Keywords*: quality of life; adults; EUROHISQOL 8-item; coastal region.*

---

[1] Esse trabalho foi apresentado originalmente no XXII Congresso de Direito Ambiental realizado em 15 e 16 de maio de 2023 na Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

[2] Doutoranda no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde na Universidade Federal de São Paulo; Mestre em Ciências da Saúde e bacharel em Psicologia pela mesma universidade; pesquisadora no Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade Federal de São Paulo (LADH/Unifesp). Lattes: http://lattes.cnpq.br/1980599078001032; ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9941-9204.

[3] Doutor em Sociologia, Mestre em Sociologia, Professor Associado do Departamento de Ciências do Mar da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1607421823893275; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7575-5745

[4] Doutorado e pós-doutorado em Psicologia Social. Livre docente pela Universidade Federal de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Ciências do Mar da Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista. Coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental da Universidade Federal de São Paulo (LADH/Unifesp). Lattes: http://lattes.cnpq.br/4064588869236649; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8963-5162

INTRODUÇÃO

Especialmente a partir dos anos de 1980, uma diversidade de estudos de avaliação de qualidade de vida foi publicada em investigações nacionais e internacionais, numa abrangência de trabalhos que traz, em geral, a avaliação da qualidade de vida associada a variáveis que a influenciaram, relativas a contextos de patologias, numa maneira bastante comum do pareamento de qualidade de vida com a saúde. Nesse sentido encontram-se avaliações de qualidade de vida em associação ao estresse (OLIVEIRA *et al*., 2015) e à ansiedade (LANTYER *et al*., 2016). No Brasil, há várias investigações voltadas à avaliação de qualidade de vida de universitários, feitas mais frequentemente com estudantes também de áreas de ciências da saúde (ALFREDO; BIONDI; MANNA, 2016; CRUZ; GORDIA; QUADROS, 2014; TEMPSKI *et al*., 2015).

Todavia, embora o conceito de qualidade de vida possa ter uma vinculação direta com a saúde, física e/ou mental, ele abarca diversas outras dimensões, num cenário de múltiplos entendimentos, não havendo uma precisão semântica em suas definições, especialmente a partir de sua inserção em enquadres biomédicos, psicossociais e/ou ambientais. São várias as áreas científicas que se debruçam ao estudo da qualidade de vida, incluindo a Administração, o Direito, a Engenharia de Produção, a Medicina, a Economia, a Sociologia, a Psicologia e a Política. Essas vertentes possuem divergências no entendimento do conceito, além de se utilizarem de instrumentais diferenciados para a avaliação da qualidade de vida, seja individual ou de populações. A condição de oscilação do conceito exige que as investigações sobre o tema esclareçam as fronteiras de entendimento do constructo que está sendo adotado no estudo, aspecto necessário, mas nem sempre atendido.

Disseminada na população, a expressão qualidade de vida é usualmente utilizada em seu sentido de positividade. Num enquadre de jargão, ter qualidade de vida tem um sentido comum de ter boa saúde, bem-estar, e de certa forma, ter condições, subjetivas e objetivas, para se sentir bem. Nos anos de 1960, discursos de políticos nos Estados Unidos da América (EUA) passaram a utilizar a expressão qualidade de vida a partir de indicadores econômicos e sociais de bem-estar, sentido que continua usual (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Nessa época, a noção de qualidade de vida já estava presente em sua relação com o mundo da administração do trabalho, nas referências relacionadas à Qualidade de Vida dos Trabalhadores, que se ancora, até hoje em matrizes de diferentes perspectivas, sejam humanistas, sociotécnicas ou relativas à chamada Qualidade Total (BARROS, 2012). Nesse vértice, também pouco consensual no tocante ao entendimento do que fosse qualidade de vida, esta associa-se a condições objetivas não diretamente relacionadas à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentava, em 1946[5], uma definição para saúde como "um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020, p. 1, tradução nossa). Colocando saúde numa perspectiva mais ampla do que a de ausência de doenças, essa definição, de certa forma, avançava para dimensões hoje associadas ao que se entende bastante comumente pela expressão "qualidade de vida".

Entretanto, foi somente após quase 50 anos, em 1995, que a mesma OMS, por meio do projeto *The WHOQOL Group*, preconizou o primeiro conceito padronizado de qualidade de vida, definindo-a como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995). Dessa forma, a qualidade de vida foi definida como um conceito multidimensional, conferindo-lhe diferentes elementos das condições de vida das pessoas.

Sob a constatação consensual de não haver precisão semântica para qualidade de vida, deve ser colocado que, para além da definição da OMS, outras dimensões podem ser encontradas em sua noção, de forma a abarcar elementos multi sistêmicos da vida. A qualidade de vida pode ser analisada de uma forma ampla, incluindo aspectos subjetivos e objetivos, interligados ao desenvolvimento econômico e cultural, compreendendo diferenças culturais, vertentes históricas e também heterogeneidades nas condições sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Dessa maneira, são diversas as vertentes explicativas para qualidade de vida, que passa a ser entendida de forma abrangente e em interação com diferentes sistemas, sejam individuais, sócio culturais e históricos. Esse avanço permite análises mais complexas, alinhadas à noção de desenvolvimento humano, em sua inserção ecológica, cujos produtos emergem de uma constante interação de aspectos pessoais, processuais, de contextos ambientais e de sistemas cronológicos, segundo modelo PPCT de Bronfenbrenner (BENETTI *et al.*, 2013). Essa vertente mais sofisticada para o entendimento de qualidade de vida permite superar lugares comuns e significados restritos a âmbitos de saúde, trabalho, condições sociais e econômicas, especialmente por incluir dimensões de ordem da subjetividade (SEILD; ZANNON, 2004).

O texto da Constituição Federal do Brasil (CF), de 1988, menciona o termo qualidade de vida em seu artigo 225, relacionando-a com o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado (BRASIL, 1988). Porém, ao longo da CF irradiam disposições que asseguram o direito à qualidade de vida. Nesse enquadramento, ela está associada não só aos direitos e garantias fundamentais, como também à ordem econômica e ao já mencionado direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. Observando-

[5] Definição foi apresentada na Conferência Internacional de Saúde no ano de 1946, conforme definida na Constituição da OMS. Documento foi assinado por representantes de 61 Estados e entrou em vigor em 1948 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

se o princípio da dignidade da pessoa humana, o conceito de qualidade de vida passa a direito fundamental (JAMPAULO JÚNIOR, 2007).

Existem diferenças em marcadores cronológicos no desenvolvimento dos indivíduos. Em termos jurídicos brasileiros, a maioridade civil inicia-se aos 18 anos, quando as pessoas passam a ser consideradas com a denominação de adultos (BRASIL, 2002). Dimensões biopsicossociais ainda apontam, de forma arbitrária, para subdivisões dessas etapas, em "adultos jovens" (de 18 a 39 anos) e "adultos de meia idade" (de 40 a 59 anos). Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) deliberou a idade de 60 anos para classificar uma pessoa como idosa (UNITED NATIONS, 1982), mas a referência de 65 anos também é encontrada em documentos da organização.

No Brasil, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), considera idoso o indivíduo com idade a partir dos 60 anos, que em termos civis, é classificado como adulto. Todavia, para algumas medidas administrativas brasileiras, também se consideram idosas aquelas pessoas maiores de 65 anos. Além disso, no Brasil, também há a classificação denominada "idosos em velhice avançada", aqueles com idades a partir de 80 anos, uma parcela em expansão no país (BRASIL, 2010). De toda forma, as idades da vida relacionam-se com aspectos do desenvolvimento humano em suas dimensões individual, biológica e psicossocial, sendo também construções socioculturais, diversificadas em culturas e tempos históricos.

Isto posto, enquanto apresentação da amplitude e matizado de estudos sobre qualidade de vida, apresenta-se uma pesquisa que teve o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista conceitual da OMS sobre o tema, a autopercepção de qualidade de vida numa amostra diversificada de adultos (adultos jovens, meia idade e idosos) de uma região litorânea do Estado de São Paulo, em suas possíveis diferenças por faixas etárias, sexo e classificação econômica.

1 MÉTODO

A pesquisa obedeceu a ditames de normas éticas de pesquisa com seres humanos. Três subprojetos envolvidos no estudo (para coleta de dados dos calouros, outros universitários e população em geral) receberam aprovações do CEP/UNIFESP (Pareceres nº 3.116.266, nº 2.776.038, e nº 0752/2018, respectivamente).

1.1 PARTICIPANTES

Três grupos distintos formaram os participantes da pesquisa: (1) Universitários calouros, recém-ingressos, com menos de quatro meses de início letivo de diferentes cursos de uma universidade pública da Baixada Santista, região metropolitana do litoral do Estado de São Paulo, no sudeste do Brasil; (2) Universitários de diferentes cursos de

uma universidade pública da mesma região, com pelo menos um semestre completo de estudo; e (3) Adultos abordados em diferentes locais públicos (ruas, shoppings, locais turísticos) de dois municípios da Baixada Santista.

A Região Metropolitana da Baixada Santista, do litoral do Estado de São Paulo, possui nove municípios, sendo a segunda região do estado em densidade demográfica. Os dois municípios, Santos e Guarujá, onde foram levantados os dados sobre qualidade de vida possuem praias balneáveis, de grande extensão. A praia de um deles estende-se por um pouco mais de 7km. O outro tem sete praias, a mais extensa com 5,4 km. A região é polo turístico e industrial. Nela encontra-se o Complexo Portuário de Santos, que abriga o maior porto da América Latina.

1.2 INTRUMENTOS

Para avaliação de classes econômicas dos participantes, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA [ABEP], 2018). Comumente conhecido como Critério Brasil, o CCEB utiliza padrões estabelecidos pela ABEP e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O instrumento propõe questões relacionadas à quantidade de itens de conforto, proveniência da água no domicílio, classificação do trecho da rua do domicílio, e grau de instrução do chefe de família. Os resultados do instrumento são apresentados nas classes econômicas A, B, C, D/E.

Para avaliação da autopercepção da qualidade de vida, foi utilizado o EUROHISQOL 8-item, instrumento desenvolvido pela OMS como versão abreviada do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref. A adaptação e validação do EUROHISQOL 8-item foi feita no Brasil por Pires *et al.* (2018). O instrumento foi aplicado diretamente em 965 dos participantes; em 162 participantes (calouros e universitários) foi aplicado o WHOQOL-bref, com extração dos itens do EUROHISQOL 8-item dessa avaliação. Resultados do EUROHISQOL 8-item tiveram correlações significativas (nível de significância < 0,01) com os resultados dos domínios avaliados pelo WHOQOL-bref ($R_{físico} = 0,51$; $R_{psicológico} = 0,71$; $R_{relações\ sociais} = 0,50$; $R_{meio\ ambiente} = 0,74$). Portanto, para esses 162 participantes, será considerado o EUROHISQOL 8-item como instrumento de avaliação, com aplicação indireta.

O EUROHISQOL 8-item contém oito questões para as quais os participantes devem assinalar uma resposta (escala *likert* de cinco pontos), considerando sua autopercepção com referência às duas semanas anteriores. As questões avaliam: (1) o grau de satisfação geral do participante com sua própria qualidade de vida (opções de resposta variando de "muito ruim" a "muito boa"); o grau de satisfação com (2) a própria saúde, (3) consigo mesmo, (4) com suas relações pessoais (com amigos, parentes, conhecidos e colegas), (5) a capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia e (6) a condição do seu local de moradia (opções de resposta variando de "muito insatisfeito" a "muito satisfeito"); (7) o grau de percepção do montante de energia disponível para seu dia-a-dia; (8) e o montante de dinheiro suficiente para satisfação das suas necessidades (opções de resposta variando de "nada" a "completamente").

1.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2018 a maio de 2019. Após convites, aceites, e assinatura de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes universitários (calouros e não calouros) foram avaliados de forma coletiva em salas de aula dos cursos. Uma equipe devidamente treinada fez esse levantamento.

Também após convites, aceites e assinatura de TCLE, a coleta de dados com participantes membros da população aconteceu com auxílio de equipe treinada para a tarefa, de forma individual. As coletas foram feitas em diferentes locais dos municípios de Santos e Guarujá, numa tentativa de ter maior controle da variabilidade dos respondentes e assim obter participantes de diferentes classes econômicas, idades, escolaridade, inserções no mercado de trabalho e relação com o meio ambiente local. Para isso, os participantes foram abordados em locais públicos e de uso coletivo da cidade, como praias, praças, locais de lazer em geral, shopping e pontos de ônibus.

Os dados foram analisados estatisticamente. Cálculo do escore do EUROHISQOL 8-item foi considerado conforme o colocado por Rocha *et al.* (2012), que propõe uma média aritmética dos oito itens do instrumento. O escore gerado varia de 0 a 5 pontos. Houve comparação segundo sexo, faixas de idade (jovens adultos [18 a 39 anos], meia-idade [40 a 59 anos] e idosos [mais de 60 anos]), classes econômicas (A, B e C[6]) e tipo de participante (universitários calouros, universitários e população geral) com uso do teste t de Student e ANOVA (pós-teste Bonferroni), com nível de significância em 1%. Foi realizado um teste para comparação de cada variável já que o modelo com todas as variáveis não convergia por conta do tamanho da amostra que não estava devidamente equilibrado. Os testes estatísticos foram rodados no SPSS 24.0 (IBM).

2 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 1126 adultos, homens (43,7%) e mulheres (56,3%), de 18 a 94 anos (média = 27,55 ± 13,98). A maioria dos participantes eram jovens adultos (83,4%) e da classe econômica B (52,2%). Dados de caracterização da amostra e relativos à autopercepção de qualidade de vida avaliada pelo EUROHISQOL 8-item estão expostos na Tabela 1.

[6] Houve apenas um participante na classe D/E, que foi retirado da análise.

Tabela 1. Caracterização da amostra e resultados de qualidade de vida

	Frequência	%	Idade média (anos)	Qualidade de vida	
				Média	Desvio-padrão
Sexo[1]					
Homem	492	43,7	29,7	3,726	0,622
Mulher[2]	635	56,3	25,9	3,635	0,590
Idade					
Jovem adulto	940	83,4	22,3	3,627	0,596
Meia idade	110	9,8	49,4	3,834	0,568
Idoso	61	5,4	69,2	4,154	0,596
Classe econômica[3]					
A	214	19	23,3	3,763	0,587
B	588	52,2	26,8	3,714	0,574
C	324	28,7	31,8	3,548	0,653
Grupo[4]					
Universitários calouros	527	46,8	20,5	3,611	0,618
Universitários	170	15,1	23,2	3,454	0,559
População geral	430	38,2	38	3,841	0,565
Total	1126	100	27,5	3,675	0,606

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota: [1] Resultado do teste t de Student indicou diferença significativa entre homens e mulheres da amostra (p = 0,012; diferença média = 0,091 [-0,003; 0,185]), tendo os homens apresentado maior média. [2] Resultado da ANOVA indicou diferenças entre as faixas de idade (p < 0,0001), com as diferenças avaliadas pelo *post hoc* de Bonferroni entre todas as faixas de idade. Em todas as comparações, os participantes mais velhos apresentaram maiores médias para sua autopercepção de qualidade de vida. [3] Resultado da ANOVA (p < 0,0001) permite afirmar que houve diferenças entre as classes econômicas. O *post hoc* de Bonferroni indicou que as diferenças estavam entre as classes A e C (p = 0,000; diferença média= -0,215 [-0,371; -0,288]) e classes B e C (p = 0,000; diferença média = -0,166 [-0,288; -0,044]). Nos dois casos, a menor média foi para participantes das classes C. [4] Resultado da ANOVA indicou diferenças (p < 0,0001) entre os grupos. O *post hoc* de Bonferroni indicou que todos os grupos foram diferentes entre si. Em todos os casos, pessoas da população geral apresentaram maiores médias de autopercepção de qualidade de vida do que os dois grupos de universitários. Por sua vez, o grupo de calouros apresentou maiores indicadores dessa percepção do que os estudantes com mais tempo na universidade.

3 DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve objetivo de avaliar, sob o ponto de vista conceitual da OMS sobre o tema, a autopercepção de qualidade de vida numa amostra diversificada de 1126 adultos (56,3% mulheres; 83,4% de jovens adultos; idades de 18 a 94 anos [média = 27,55 ± 13,98]; 52,2% na classe econômica B), em suas possíveis diferenças por faixas etárias, sexo e classificação econômica.

A avaliação da qualidade de vida dos participantes indicou uma média total da amostra de 3,675 ± 0,606 frente ao índice máximo de 5 pontos. Schmidt, Mühlan e Power (2006) avaliaram propriedades psicométricas do EUROHISQOL 8-item a partir de um

banco de dados maior envolvendo 10 países europeus (Reino Unido, França, Alemanha, Croácia, República Tcheca, Romênia, Eslováquia, Lituânia, Letônia e Israel). Participaram da avaliação 4.849 indivíduos. A média geral de qualidade de vida encontrada foi de 3,68 (similar à do presente estudo). Bergman *et al*. (2019) avaliaram 836 funcionários públicos de dois municípios da Finlândia, com média geral de 3,92 (superior à do presente estudo). Com objetivo de investigar as propriedades psicométricas do EUROHISQOL 8-item, Rocha *et al.* (2012) analisaram dados provenientes da Austrália, Brasil, Israel, Rússia, Espanha e EUA sobre qualidade de vida de 2.359 indivíduos. Não encontraram diferenças significativas entre os países investigados, bem como entre sexo e idade (grupo de mais novos [< 45 anos] e mais velhos [> 45 anos]).

De forma geral, quanto mais velhos os investigados na presente pesquisa, melhor foi a autopercepção de qualidade de vida, sendo que os idosos apresentaram uma maior média dessa percepção (4,154), em todas as comparações realizadas. Em um estudo espanhol, García *et al*. (2019) compararam qualidade de vida, com uso do EUROHISQOL 8-item, entre pacientes não-dementes com Doença de Parkinson (n = 692) e pacientes controle (n = 206), grande maioria homens e idosos. Os pacientes do grupo controle apresentaram maior qualidade de vida (média = 4,2) do que os pacientes com Parkinson (média = 3,8).

Por sua vez, o estudo de Miranda, Soares e Silva (2016), que investigou com uso do WHOQOL-bref 257 idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa de Belo Horizonte (MG), encontrou um resultado de escore global de 52,57 (utilizando-se de um cálculo de escore com valor máximo de 100 pontos). Resultados da pesquisa indicaram que os idosos de 70 a 79 anos e que praticavam atividades físicas tiveram melhores resultados na autopercepção de qualidade de vida.

Dessa maneira, os resultados encontrados em pesquisas de qualidade de vida com idosos não comparam os resultados com adultos não idosos, e sim dos idosos entre si. Neste trabalho, de forma diferente, há uma avaliação intra-grupo de participantes de diferentes idades, tendo-se encontrado diferenças significativas de melhor autopercepção de qualidade de vida nos idosos avaliados, frente aos grupos de adultos não idosos. Vale considerar que os 61 idosos aqui investigados indicavam ter condições estáveis de saúde, pelo menos em termos de mobilidade e autonomia, visto que foram abordados fora de casa, em locais públicos e de uso coletivo da cidade, como praias, praças, locais de lazer em geral, shopping e pontos de ônibus. Além disso, para esse bom indicador de qualidade de vida, pode-se considerar que idosos, em geral, estão poupados de estressores do mercado de trabalho e/ou dos estudos.

Os mais novos da amostra, adultos jovens (idades de 18 a 39 anos), foram os que apresentaram os piores resultados em suas percepções a respeito de sua qualidade de vida. Vagetti *et al*. (2013) relacionaram fatores sociodemográficos (faixa etária, classe econômica, escolaridade, estado civil e situação ocupacional), assim como condições de

saúde (classificação do Índice de Massa Corporal, problemas de saúde e uso de medicamentos), com a qualidade de vida. Sem hierarquizar esses fatores, os autores indicaram que, além das condições de saúde física, uma pior condição econômica e baixa escolaridade devem ser observados em intervenções que esperem incrementar a qualidade de vida.

Nos resultados encontrados no presente trabalho, os homens da amostra (média = 3,726) indicaram melhores índices em sua percepção de qualidade de vida, em comparação com as mulheres (média = 3,635). Hissaue *et al.* (2020), numa das poucas pesquisas com avaliação de qualidade de vida pelo EUROHISQOL 8-item e conduzidas com população geral, avaliaram 22.398 mulheres finlandesas com média geral de 3,94, valores superiores ao da amostra brasileira aqui apresentada. Quanto às diferenças entre homens e mulheres na autopercepção de qualidade de vida, outras pesquisas que fizeram essa comparação não encontraram diferenças entre os sexos (PERERA; ATHANASOU, 2016; PEREIRA *et al*., 2011; ROCHA *et al*., 2012).

Partindo da linha de que, tanto o EUROHISQOL 8-item quanto o WHOQOL-bref mostraram-se efetivos em mostrar diferenças de menor qualidade de vida entre pacientes psiquiátricos e pessoas com Transtorno Depressivo quando comparadas com sujeitos-controle (FLECK *et al*., 2000; ROCHA *et al.,* 2012) pode-se inferir que Transtornos Mentais podem contribuir para perda de qualidade de vida, ou pelo menos da autopercepção dela. Assim, dados epidemiológicos de saúde mental brasileiros vêm apontando para a predominância de problemas dessa ordem, especialmente em mulheres (ANDRADE *et al.*, 2012; BONADIMAN *et al*., 2017; GONÇALVES *et al.,* 2014; KOHN *et al*., 2018). Dados de transtornos mentais prevalentes em mulheres podem ter relação com baixa autopercepção de qualidade de vida delas, como encontrado nos resultados da presente pesquisa. O estudo de qualidade de vida com universitários da área de saúde de Eurich e Kluthcovsky (2008) também apontou menores índices nessa avaliação nas mulheres participantes.

Quanto ao recorte de classes econômicas dos participantes, houve diferenças nos indivíduos das classes A e C, e B e C. Nos dois casos, a menor média foi para aqueles da classe C, resultados que destacam a associação da melhor qualidade de vida com aspectos objetivos de posse de itens de conforto e conveniência, como eletrodomésticos, grau de instrução e acesso a serviços públicos, como disponibilidade de água encanada no domicílio e acesso via rua pavimentada - dimensões englobadas pelo CCEB, que avaliou classes econômicas dos participantes. O instrumento utilizado para classificação econômica, segundo seus criadores (ABEP, 2018), é exclusivamente econômico. No entanto, aspectos ambientais, situação de moradia e de escolaridade estão refletidos em seu escore final. Por isso, e para fins de comparação com outras pesquisas de qualidade de vida, será considerado aqui que um maior nível de classe econômica é acompanhado de melhores condições gerais de moradia, escolaridade e renda para acesso aos bens e serviços avaliados pelo CCEB.

Gordia, Quadros e Campos (2009) aplicaram WHOQOL-bref a uma amostra de 608 adolescentes de 14 a 20 anos do Estado do Paraná, e os resultados apontam para correlações positivas entre classe econômica menos abastada e menor qualidade de vida (medida no domínio do meio ambiente do instrumento WHOQOL-bref, que envolve segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer e ambiente físico). Destaca-se que, nesse estudo, apesar de se tratar de adolescentes e população pré-universitária, mulheres também já demonstravam maior vulnerabilidade quanto à autopercepção de qualidade de vida.

Na presente pesquisa, o grupo investigado com menores indicadores para qualidade de vida foi o de estudantes universitários há mais de seis meses em seus cursos de graduação. De forma correlata, a literatura de saúde mental voltada a estudantes universitários aborda diversidade de problemas, como ansiedade e depressão, estresse (PEDRELLI *et al*., 2015; SILVEIRA *et al.,* 2015; VIANA *et al*., 2014), além de consumo abusivo de álcool e de outras substâncias ilícitas (SILVA; TUCCI, 2018), por vezes maiores do que da população geral (COSTA; MOREIRA, 2016). Tensões da vida acadêmica, expectativas relativas à empregabilidade e ao advento de tarefas evolutivas da vida adulta, são elementos que devem ser considerados quando se contemplam esses indicadores.

Já aqueles novatos na inserção universitária, o grupo de calouros, avaliados nos primeiros meses do curso superior, mostraram maiores índices de qualidade de vida quando comparados com os outros universitários, que estudavam há mais tempo. Uma circunstância a ser apreciada é que os estudantes recém-chegados à universidade ainda teriam referências da pertinência à etapa anterior, muitos recém desinstalados da família de origem, ainda não tendo entrado no ritmo de cobrança de trabalhos e provas.

Camargo, Ramírez e Fermino (2017) também observaram maior associação entre qualidade de vida e maior escolaridade em visitantes de parques colombianos. A pesquisa teve objetivo de explorar potenciais associações entre aspectos individuais e ambientais na qualidade de vida de usuários de 10 parques da cidade de Bucaramanga, Colômbia. Resultados gerais dos 1.392 visitantes investigados indicaram associação positiva com melhor qualidade de vida para, além da maior escolaridade, aqueles que visitavam o parque com uma companhia e uso ativo do parque (para caminhada, corrida, atividade física etc).

Condições ambientais do parque também tiveram associação com maior qualidade de vida, como condições das árvores e caminhos, e percepção de segurança no caminho de casa para o parque (CAMARGO; RAMÍREZ; FERMINO, 2017). De forma mais abrangente, autores sugerem que há uma interação entre características pessoais e ambientais, subjetivas e objetivas, relacionadas a parques urbanos, relações sociais

associadas à visita ao parque, condições de saúde e prática de atividade física que contribuem para a percepção de qualidade de vida.

Parques são caracterizados como *green spaces*, locais que promovem bem-estar com natureza normalmente verde (FOLEY; KISTEMANN, 2015). A presente pesquisa avaliou, por sua vez, indivíduos localizados em *blue spaces,* que são locais com água em sua extensão (como praias, lagos e rios) (FOLEY; KISTEMANN 2015). Levando em conta que a pesquisa foi realizada com pessoas de duas cidades litorâneas de uma região metropolitana de SP, a despeito das características de faixas de idade, sexo e condição universitária, a amostra investigada possui essa característica particular, que é a proximidade à praia e, portanto, *blue space*. Aspectos sobre acesso à praia, frequência ou tipo de atividade realizada (se lazer ou atividade física) não foram avaliados. No entanto, o fato de estar perto da água, seja para prática de atividade física, lazer, entre outros, tem por si só potencial para promoção do bem-estar humano (FOLEY; KISTEMANN, 2015).

CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve a proposta de verificar percepções de qualidade de vida em pessoas adultas, de diferentes idades e classes econômicas. A avaliação ocorreu sob vértices conceituais e avaliativos da OMS (percepções individuais de própria inserção da vida, contextualizada na cultura e em sistema de valores). Para tanto, a avaliação foi realizada com uso de instrumento da família de avaliação de qualidade de vida da OMS, o EUROHISQOL 8-item, alternativa de testagem rápida escolhida para a investigação da amostra com mais de mil participantes. O instrumento abarca elementos referentes aos graus de avaliação da própria qualidade de vida, de satisfação com a própria saúde, consigo mesmo, suas relações pessoais, sua condição de local de moradia, o montante de energia disponível para seu cotidiano e de suficiência de dinheiro para satisfação das suas necessidades.

A avaliação da qualidade de vida segundo perspectivas da OMS realizada nos adultos deste estudo incluiu uma parcela de população geral acessada em locais públicos e de lazer, em duas cidades litorâneas paulistas. Pessoas adultas que frequentam esses locais podem já ter condições melhores de saúde e também financeiras, o que permite fornecer-lhes maior qualidade de vida, impedindo assim qualquer generalização dos resultados encontrados. Apesar disso, foram levantados indicativos importantes sobre idade, sexo e variáveis sociodemográficas que podem servir como orientação a possíveis intervenções no campo da promoção da qualidade de vida a grupos específicos da população, considerando-se suas peculiaridades.

Ademais, a presente pesquisa está alinhada com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, sobre saúde e bem-estar, que tem como meta “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (ONU, 2015).

Sem tecer comentários aprofundados sobre as distinções teóricas entre qualidade de vida, bem-estar e saúde, é inegável que essas três dimensões operem juntas na melhora da vida das pessoas. A vida próxima ao mar (abarcada pelo ODS 14), ou *blue space*, como conceituado no presente artigo, apresenta possibilidades de restauro psicológico e consequente promoção da saúde

Outro ponto que merece destaque é que levantamento de dados da investigação foi empreendido antes da pandemia da Covid-19 (que levou à proibição de circulação de pessoas pela orla, praias e shoppings, e principalmente o estabelecimento de isolamento social), o que permite considerar a possibilidade de importantes alterações com respeito à qualidade de vida da população, com estímulo de novas pesquisas no período pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

ALFREDO, P. P.; BIONDI, J. C. L.; MANNA, V. Avaliação da qualidade de vida e estresse em acadêmicos do curso de Fisioterapia. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 34, n. 4, p. 224-230, 2016. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V34_n4_2016_p224a230.pdf. Acesso em: 7 mai. 2023.

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the Sao Paulo megacity mental health survey. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, e31879, 2012. DOI: 10.1371/journal.pone.0031879. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879. Acesso em: 7 mai. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo; 2018. Disponível em: http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 7 mai. 2023.

BARROS, S. P. Os discursos sobre qualidade de vida para os trabalhadores enquanto mecanismos disciplinares. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho,** v. 15, n. 1, p. 17-32, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172012000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 mai. 2023.

BENETTI, I. C. *et al.* Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicología**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

BERGMAN, E. *et al.* Ideal cardiovascular health and quality of life among Finnish municipal employees. **Preventive Medicine Reports**, v. 15, e100922, 2019. DOI: 10.1016/j.pmedr.2019.100922. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31293881/. Acesso em: 7 mai. 2023.

BONADIMAN, C. S. C. *et al.* The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global burden of disease study, 1990 and 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, supl. 1, p. 191-204, 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700050016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SJbmVzZy3tD7dk3NDmYZmDq/?lang=en. Acesso em: 7 mai. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República; 1988 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 7 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 7 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: MS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 7 mai. 2023.

CAMARGO, D. M.; RAMÍREZ, P. C.; FERMINO, R. C. Individual and environmental correlates to quality of life in park users in Colombia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 10, e1250, 2017. DOI: 10.3390/ijerph14101250. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29048373/. Acesso em: 7 mai. 2023.

COSTA, M.; MOREIRA, Y. B. Saúde mental no contexto universitário. **Seminários Sobre Ensino em Design**, v. 2, n. 10, p. 73-79, 2016. DOI: 10.1016/despro-sed2016-009. Disponível em: https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/saude-mental-no-contexto-universitario-24233. Acesso em: 7 mai. 2023.

CRUZ, E. S.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Qualidade de vida de estudantes de uma universidade pública da Bahia: acompanhamento durante os dois primeiros anos de graduação. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 6, n. 3, p. 184-191, 2014. DOI: 10.3895/S2175-08582014000300004. Disponível em: https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1945. Acesso em: 7 mai. 2023.

EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 211-220, 2008. DOI: 10.1590/S0101-81082008000400010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rprs/a/5ZMmxts6FXSKXH3SXJRCQvB/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

FLECK, M. P. A. *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

FOLEY, R.; KISTEMANN, T. Blue space geographies: Enabling health in place. **Health and Place,** v. 35, p. 157-165, 2015. DOI: 10.1016/j.healthplace.2015.07.003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26238330/. Acesso em: 7 mai. 2023.

GARCIA, D. S. *et al*. Non-motor symptoms burden, mood, and gait problems are the most significant factors contributing to a poor quality of life in non-demented Parkinson's disease patients: Results from the COPPADIS Study Cohort. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 66, p. 51-157, 2019. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2019.07.031. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31409572/. Acesso em: 7 mai. 2023.

GONÇALVES, D. A. *et al.* Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00158412. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhnjN4GMGDWwbQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; CAMPOS, W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2261-2268, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000600035. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/p7JyQcPSyMZz8BP7DdnV4rz/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

HISSAUE, T. *et al.* Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. **BMC Women's Health,** n. 20, 2020. DOI: 10.1186/s12905-020-00950-6. Disponível em: https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-00950-6. Acesso em: 7 mai. 2023.

JAMPAULO JÚNIOR, J. **Qualidade de vida, direito fundamental** – uma questão urbana: a função social da cidade. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; São Paulo, 2007. Disponível em: https://tede2.pucsp.br/handle/handle/7534. Acesso em: 7 mai. 2023.

KOHN, R. *et al.* Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamerinada de Salud Publica**, v. 42, n. 165, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.165. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386160/. Acesso em: 7 mai. 2023.

LANTYER, A. S. *et al*. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. XVIII, n. 2, p. 4-19, 2016. DOI: 10.31505/rbtcc.v18i2.880. Disponível em: https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/880. Acesso em: 7 mai. 2023.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3533-3544, 2016. DOI: 10.1590/1413-812320152111.21352015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5fzfd59SPHFV8RcHxXCgH3f/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

OLIVEIRA, H. F. R. *et al*. Estresse e qualidade de vida de estudantes universitários. Revista CPAQ, v. 7, n. 2, p. 1-8, 2015. Disponível em: https://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=77. Acesso em: 7 mai. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**, 15 set. 2015. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel. Acesso em: 6 mai. 2023.

PEDRELLI, P. *et al*. College students: mental health problems and treatment considerations. **Academic Psychiatry**, v. 39, n. 5, p. 503-511, 2015. DOI: 10.1007/s40596-014-0205-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527955/. Acesso em: 7 mai. 2023.

PERERA, H. N.; ATHANASOU, J. A. Construct validity of the EUROHIS-QOL for rehabilitation assessment. **The Australian Journal of Rehabilitation and Counselling**, v. 22,

n. 2, p. 57-75, 2016. DOI: 10.1017/jrc.2016.12. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/australian-journal-of-rehabilitation-counselling/article/abs/construct-validity-of-the-eurohisqol-for-rehabilitation-assessment/05B0393E06B0B8CC7A62E5BB3594E298. Acesso em: 7 mai. 2023.

PEREIRA, M. *et al*. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. **Laboratório de Psicologia**, v. 9, n. 2, 109-123, 2011. DOI: 10.14417/lp.627. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/20675. Acesso em: 7 mai. 2023.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Diponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf. Acesso em: 7 mai. 2023.

PIRES, A. C. *et al*. Psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-item index (WHOQOL-8) in a Brazilian sample. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 40, n. 3, p. 249-255, 2018. DOI: 10.1590/1516-4446-2017-2297. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/4rMkYnHFQ5BtHfs5TjPcmkM/?lang=en. Acesso em: 7 mai. 2023.

ROCHA, N. S. *et al.* The EUROHIS-QOL 8-item Index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. **Value in Health**, v. 15, n. 3, p. 449-457, 2012. DOI: 10.1016/j.jval.2011.11.035. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22583455/. Acesso em: 7 mai. 2023.

SEILD, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200027. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/NR7QD9Q4D3N7DmHg7ms79fG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

SCHMIDT, S.; MÜHLAN, H.; POWER, M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. **European Journal of Public Health,** v. 16, n. 4, p. 420-428, 2006. DOI: 10.1093/eurpub/cki155. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16141303/. Acesso em: 7 mai. 2023.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. Correlação entre ansiedade e consumo de álcool em estudantes universitários. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 20, n. 2, p. 93-106, 2018. DOI: 10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p107-119. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v20n2/pt_v20n2a04.pdf. Acesso em: 7 mai. 2023.

SILVEIRA, C. *et al*. Saúde mental em estudantes do ensino superior: experiência da consulta de psiquiatria do Centro Hospitalar São João. **Acta Medica Portuguesa**, v. 24, s2, p. 247-256, 2011. Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1504/1089. Acesso em: 7 mai. 2023.

TEMPSKI, P. *et al*. Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. **PLoS ONE**, v. 10, n. 6, e0131535, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0131535. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131535. Acesso em: 7 mai. 2023.

UNITED NATIONS. **Resolution A37/51 of December 3th, 1982.** Question of aging. Disponível em: https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/425/29/IMG/NR042529.pdf?OpenElement. Acesso em: 7 mai. 2023.

VAGETTI, G. C. *et al.* Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 955-969, 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000500013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3XgnzZhZ5kMxHqLTf6cNt5S/?lang=pt. Acesso em: 7 mai. 2023.

VIANA, G. M. *et al.* Relação entre Síndrome de Burnout, ansiedade e qualidade de vida entre estudantes de ciências da saúde. **Revista Eletrônica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 1, p. 876-885, 2014. DOI: 10.5892/ruvrd.v12i1.1471.g1246. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1471. Acesso em: 7 mai. 2023.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/. Acesso em: 7 mai. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents** – forth ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf. Acesso em: 07 mai. 2023.