

## *Whoqol – Antes, Durante, Depois e Agora*

**Aguinaldo Gonçalves**

*Médico do Trabalho, Professor Titular de Saúde Coletiva e Atividade Física, FEF, Unicamp*

### **Resumo**

Através de texto exploratório e indicativo, busca-se situar algumas inflexões relevantes, destacamente da realidade sanitária brasileira, que vêm demarcando estes menos de vinte anos de existência do instrumento oficial da Organização Mundial da Saúde para registro e avaliação da Qualidade de Vida de diferentes populações, concebido para medir, além dos “anos acrescentados à vida”, “a vida acrescentada aos anos”, no sentido de apreender o impacto do estado de saúde sobre a capacidade de as pessoas construírem seu dia a dia. Figuram especificamente como expressivas as situações de: i) criação, consolidação e evolução do Sistema Único de Saúde, como a mais democrática e extensa forma de fazer saúde; ii) avanços registrados no controle e tratamento do síndrome de imunodeficiência adquirida; iii) contínua elevação da incidência da endemia hanseníaca, inobstante a adoção da poliquimioterapia; iv) aparente diversidade entre duas formas antípodas de conceber, compreender e medir a qualidade de vida, e sobretudo v) possibilidade de transcender-se a dicotomia Condições de Vida – Estilo de Vida inerente à Qualidade de Vida, através da prática solidária do protagonismo social.

## **Whoqol**

Sucedendo iniciativas reconhecidamente limitadas (Unesco, 1979), surgiu, no interior da Organização Mundial da Saúde (OMS), em meio a amplas discussões conceituais a respeito, o Grupo de Qualidade de Vida, identificado como Whoqol, que passou a ser o responsável oficialmente pela área na instituição. A sigla foi adotada para designar também conhecida produção dessa equipe, o questionário aí formulado com vistas a explicitar diagnósticos de realidades em todo o mundo, com economia de logística e perspectivas de comparabilidade, a respeito de aspectos mais amplos e subjetivos da relação saúde – doença, que não estritamente a manifestação de sinais e sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, tornando-se, nos ensaios clínicos randomizados, a terceira dimensão analisada, além da eficácia e da segurança da droga sob teste.

Na linguagem oficial da instituição, foi o instrumento encontrado para superar a preocupação corrente de acrescentar “anos à vida” pela adição de “vida aos anos”, confundindo-se com a conotação de “condições de saúde” no sentido de apreender o impacto do estado de saúde sobre a capacidade de as pessoas construírem seu dia a dia.

Concebido originalmente para aplicação através da coleta de respostas a cem perguntas ordenadas em seis grandes áreas (identificadas como domínios, a saber: o físico, o psíquico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade), reduziu-se posteriormente, com o uso, para quatro componentes principais, dado que as questões referentes ao terceiro foram incluídas no quarto e as do sexto, no segundo (Gonçalves; Vilarta, 2004).

## **Antes**

Vindo à lume no início dos anos 90, o referido instrumento foi gestado no final da década de 80, quando o mundo ainda era um distúrbio bi-polar atravessado pela guerra fria. Cumpria seguirem-se regras estritas do jogo adotado para que limites perigosos não fossem ultrapassados, pelo que a mente

coletiva ocidental precisava alimentar-se de utopias reconfortantes, como o ainda entendimento da saúde na categoria de “completo bem estar físico, psíquico e social”.

Realistas, porém, eram as doenças que cresciam vertiginosamente em número e gravidade, como a AIDS com seus patamares pioneiros de ocorrência, que nos dias atuais entristecem à mera lembrança: sobrevivência de 50% em dois anos e meio após o diagnóstico e letalidade de 100% em cinco anos (Gonçalves, Gonçalves, 1985).

Também a hanseníase, reconhecida como negligenciada a exigir coquetel terapêutico até então não ousadamente pensado e mesmo nem suficientemente avaliado, espalhava controvérsias em nosso meio, com a OMS a defender posição a respeito para o controle, que não era totalmente endossada por especialistas e autoridades setoriais brasileiras: a evolução posterior dos fatos veio demonstrar que os nacionais tinham lá sua razão, porque a incidência da endemia vem mantendo crescimento contínuo (Gonçalves; Gonçalves, 1986).

### **Durante**

Foi nesse mundo conservativo, com invasão tecnológica e tudo, que o Whoqol floresceu e vicejou. Sim, demandaram-se instrumentos que gerassem muitas informações novas para manter desigualdades e iniquidades tal e qual. A ampliação da adoção foi tanta que o periódico científico que o acolheu tão entusiasticamente de início (Quality of Life Research), chegou a vetar publicação para textos que tão somente descrevessem seu comportamento em diferentes segmentos populacionais ou distintas áreas geográficas. O excesso de oferta não foi centrado só nele, mas igualmente em sucedâneos que, à sua sombra, medraram para uso clínico, como o SF-36 de tão largo emprego (Del Vecchio et al, 2006), tanto quanto em outros assemelhados, para utilização em patologias específicas, estimados já há dez anos em mais de mil (Paschoal, 2001), a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas.

## Depois

Fatos como a queda do muro de Berlim, no entanto, vieram romper esse equilíbrio cuidadosamente construído e o capitalismo avançado deslanchou. Instalou crises profundas, concentrou poderes, excluiu mais e apontou para destruições caóticas. Necessitou-se, então, buscar sínteses entre ordenamentos e fantasias anteriores.

Até por ação predominantemente da Organização Mundial da Saúde, saúde tornou-se movimento concreto de “Cidades Saudáveis” a espalhar-se da América para o mundo (Gonçalves, 1996), sustentado na policromia da hereditariedade – meio ambiente – prestação de serviços - estilo de vida, animado por expressões como “Desenvolvimento Sustentável” e “Responsabilidade Social” (Gonçalves et al, 2006) e operando diretamente por quatro pilares recém descobertos, o empoderamento, a governança, a interlocução e a transparência (Gonçalves, 2005).

Instalaram-se, assim, no âmbito oficial internacional do setor, duas formas antípodas de conceber, compreender e medir a qualidade de vida. A do Whoqol, apropriada, como já referido, pelas ciências biomédicas e centrada na quantificação das conseqüências dos agravos nos indivíduos e esta outra, a da sustentabilidade, de cunho aparentemente social, voltada à conquista da saúde pela coletividade. Autores vêm reconhecendo, no entanto, que a referida diferença superficialmente tão meridiana de concepções e práticas, seria, na realidade, mais um constructo para consumo externo e que encerrariam elas significados em mesmas direções. Vale dizer, o grande capital e o deus mercado teriam reconhecido e agido no sentido de que, para permanecerem, impõe-se-lhes ampliar o espectro de consumidores cativos, i.e., o grande só sobrevive se o pequeno subsiste.

Contrariamente, em nosso país, toda a sofrida e contraditória evolução do Movimento Sanitário constituiu insofismável avanço na medida em que tem produzido resultados socialmente legítimos e historicamente irreversíveis, como a criação, consolidação e evolução do Sistema Único de Saúde, como a mais democrática e extensa forma de atingir a todos

estratos populacionais, operando com princípios plenamente vitoriosos de universalidade, integralidade, regionalização e controle social (Gonçalves, 2004).

Este, de fato, tornou-se efetivado através de colegiados diretivos a partir do nível federal, onde se erege no Conselho Nacional de Saúde, e se reproduz nos planos municipal, estadual e local em todas as unidades federativas, através dos conselhos constituídos por representantes das várias categorias ocupacionais do setor, de grupos de pressão, de produtores culturais, das organizações de servir, enfim dos segmentos organizados da sociedade. Nesses órgãos são tomadas as decisões políticas e setoriais amplas da cotidianeidade da respectiva área de abrangência, na perspectiva de que, surgindo do interior dessa experiência pluralista, instaurem-se novas relações.

### **Agora**

Já se fala no processo “Saúde-Doença-Cuidado-Qualidade de Vida” (Pedrosa, 2006), instalado sobre dois opostos. Paradigmaticamente, recolhe-se outra aparente dicotomia no pensar e agir: de seu lado, Santos (2005) lembra que remonta “à época de Hipócrates o conceito de que os fatores ambientais e o estilo de vida influenciavam a gênese das enfermidades”, enquanto Fleury (2006) menciona Qualidade de Vida entendendo-a explicitamente como seguridade social, saúde e desenvolvimento. Uma síntese, no entanto, é possível e é nela que trabalhamos: trata-se do conceito e prática de “protagonismo social” que já desenvolvemos algures.

Com isso se quer reconhecer que, na segmentada rede de determinação da Qualidade de Vida, o enorme fosso existente entre as limitações materiais das Condições de Vida e a ilusória decisão pessoal do Estilo de Vida pode ser reduzido pela atuação cidadã de condutas solidárias transparentes e auto-decididas, implementadas pelo fazer coletivo. Reconhecidamente, isto é difícil, mas lembrando a assertiva do cientista social, desconhecendo que é impossível, as pessoas vão à luta e conseguem. Iniciativas populares recentes do chamado movimento social no país têm exercitado essa prática na centralidade, como se viu, para citar apenas um exemplo,

no enfrentamento à corrupção de governantes de diferentes agremiações partidárias.

### **Agradecimentos**

Registro reconhecidamente as discussões pioneiras travadas com o Prof. Gustavo Luis Gutierrez que vieram inspirar o texto acima

### **Referências Bibliográficas**

- DEL VECCHIO, F. B.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R.; FARIA, M. M.; VILARTA, R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS CONTAMINADAS POR MERCÚRIO EM AMBIENTE URBANO-INDUSTRIAL PELA APLICAÇÃO DO SF-36. *REV. BRAS. MED.* v.63, n.11, p. 578-582, 2006.
- FLEURY, S. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: O SUS NA SEGURIDADE SOCIAL E O PACTO PELA SAÚDE. *SAÚDE EM DEBATE* v.30, p. 321-330, 2006.
- GONÇALVES, A. A CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A ÁREA DE EDUCAÇÃO FÍSICA/CIÊNCIAS DO ESPORTE. *REV. BRAS. CIÊNC. ESP.* v.17, n.2, p.161-166, 1996.
- GONÇALVES, A. EM BUSCA DO DIÁLOGO DO CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTILO DE VIDA. IN: VILARTA, R. (ORG) *QUALIDADE DE VIDA E POLÍTICAS PÚBLICAS*. CAMPINAS, UNICAMP/EDITORIAL IPES, 2004.
- GONÇALVES, A. QUALIDADE DE VIDA. IN GONZALEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E. *DICIONÁRIO CRÍTICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA*. IJUÍ, UNIJUÍ, 2005. p.354-356.
- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. *AGENDA EPIDEMIOLÓGICA CNPQ* v. 2, n.4, p. 3-5, 1985.
- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N.N.S. A POLIQUIMIOTERAPIA NA HANSENÍASE, COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO BRASIL. *REV BRAS. MED.* v. 23, n.1-4, p. 5-10, 1986.

- GONÇALVES, A.; VILARTA, R. QUALIDADE DE VIDA: IDENTIDADES E INDICADORES. IN: \_\_\_\_\_(ORGS). *QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA: EXPLORANDO TEORIA E PRÁTICA*. SÃO PAULO, MANOLE, 2004, p. 3.
- GONÇALVES, A; DESIDERIO, A ; GUTIERREZ, G. L . A RESPONSABILIDADE SOCIAL DAS EMPRESAS. *ORGANIZAÇÕES E DEMOCRACIA* v. 7, n.1/2, p.135-152, 2006.
- PASCHOAL, S.M.P. *QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO QUE PRIVILEGIA SUA OPINIÃO*. 2001. 263 F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM MEDICINA PREVENTIVA) FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2001. p.70
- PEDROSA, J. I. S. NOTAS SOBRE A EDUCAÇÃO POPULAR E A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. *SAÚDE EM DEBATE* v. 30, p.73-74, 2006.
- SANTOS, L. SAÚDE E MEIO AMBIENTE. COMPETÊNCIAS. INTERSETORIALIDADE. *REVISTA DE DIREITO DO TRABALHO*, SÃO PAULO v. 31, n.120, p. 133-158, 2005.
- UNESCO – INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE LA VIE. GENÈVE, *ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE*, 104p., 1979.