

# **A relação entre a qualidade de vida dos idosos e os cuidados continuados – contributos para (re)pensar a dimensão social da Qualidade de Vida<sup>1</sup>**

**The relation between elders Quality of Life and long-term care, contributions to rethink the social dimension of QoL**

**La relation entre la Qualité de Vie et des soins de longue durée – les contributions à repenser la dimension sociale de la QdV**

**Julieta Feliz**

## **Resumo**

*Neste trabalho abordamos o conceito de qualidade de vida e, a partir de uma revisão da literatura, procuramos evidenciar a dimensão social da qualidade de vida dos idosos com dependência funcional. Tendo surgido algumas questões prévias: quais os instrumentos para avaliar a QdV dos idosos? Qual a dimensão social deste conceito? Apresentamos uma reflexão em torno de quem define a QdV, principais fatores, seus indicadores sociais e a sua relevância para a avaliação dos cuidados que são prestados aos idosos mais fragilizados pela perda de capacidades e sobretudo de participação social. Analisamos ainda os principais instrumentos para avaliação da QdV relacionada com os cuidados, podendo os cuidados de saúde, neste caso os cuidados continuados, ser entendidos quer como direito quer como um fator que contribui para a QdV dos idosos.*

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Qualidade de Vida relacionada com os cuidados; Idosos.

## **Abstract**

*In this paper we discuss the concept of quality of life, and from a literature review, we highlight the social dimension of the quality of life of older people with functional dependence. There were major issues previous: which instruments to assess QoL of the elderly? What is the social dimension of this concept? We present a reflection on who defines QoL main factors, its social indicators and their relevance for the assessment of care provided to elderly who are most vulnerable by the loss of skills and especially of social participation. We also analyzed the main instruments for the assessment of QoL related to the care, health care and can, in this case the continuum of care, be understood either as a right or as a contributing factor to the QoL of the elderly.*

**Keywords:** Quality of Life; Care-related Quality of Life; Elderly.

## **Abstraite**

Dans cet article, nous discutons de la notion de qualité de vie, et à partir d'une revue de la littérature, nous mettons en évidence la dimension sociale de la qualité de vie des personnes âgées ayant une dépendance fonctionnelle. Il y avait des grandes questions précédentes: quels instruments pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées? Quelle est la dimension sociale de ce concept? Nous présentons une réflexion sur qui qui définit les principaux facteurs de la qualité de vie, ses indicateurs sociaux et de leur pertinence pour l'évaluation des soins dispensés aux personnes âgées qui sont les plus vulnérables à la perte de compétences et surtout de la participation sociale. Nous avons également analysé les principaux instruments pour l'évaluation de la qualité de vie liée à la garde, les soins de santé et peut, dans ce cas, le continuum de soins, être compris soit comme un droit ou comme un facteur contribuant à la qualité de vie des personnes âgées.

**Mots-clés:** Qualité de Vie; Qualité de Vie liée aux soins; Personnes âgées.

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i- Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, realizado nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012.

## **Qualidade de Vida: da emergência do conceito enquanto “estado dos estados” à proliferação de estudos na área dos cuidados de saúde e sociais**

Quando situado cronologicamente o conceito de qualidade de vida (QdV) surge, na maioria das vezes, associado a um discurso de Lyndon Johnson sobre a Grande Sociedade, em 1964. Cummins (1997) atribui a este presidente norte-americano o cunho do termo qualidade de vida, naquilo que considera ser a sua forma moderna, ou seja enquanto característica da pessoa e ao mesmo tempo como um indicador do progresso das sociedades.

A QdV está relacionada com uma avaliação global das condições de vida dos sujeitos, mas conotada essencialmente com a bondade da vida, representando ao mesmo tempo um balanço da posição social dos sujeitos. Assim aquilo que permite classificar a vida como boa ou má para uns investigadores depende dos contextos e características sociodemográficas mas para outros foca-se nas perceções dos sujeitos. Esta dicotomia característica da emergência e evolução do conceito é referida por autores como Phillips (2006), Rapley (2003) e Canavarro (2010).

A qualidade de vida pode ser percebida ao nível individual, por exemplo para a compreensão de doenças crónicas ou incapacidades vividas pelos sujeitos, mas também ao nível coletivo percebendo como vivem as populações, por exemplo em determinados territórios, em contextos urbanos ou rurais (Phillips, 2006).

Rapley (2003) sintetiza esta dicotomia referindo-se à QdV, enquanto “Estado dos Estados” (State of States) e enquanto “Estado da Pessoa” (State of the Person). Para Rapley (2003) este conceito, enquanto Estado dos Estados”, ganhou mais força a partir do “movimento dos indicadores sociais” dos anos 60. O desenvolvimento do conceito numa perspetiva mais individualizada não foi imediato, o referido “movimento dos indicadores sociais” foi importante para discutir as implicações políticas e sociais do crescimento económico, uma vez que nos anos 60 e 70 ganhava força a ideia de que “mais não significava melhor” (Rapley, 2003). Este é um ponto de viragem importante, uma vez que qualidade de vida deixaria de ser avaliada exclusivamente, a partir de indicadores económicos para passar a contemplar sobretudo indicadores sociais (Rapley, 2003; Canavarro, 2010). Neste contexto a QdV era considerada sobretudo a

partir de um aglomerado de indicadores sociais. Segundo Phillips (2006) os estudos sobre a QdV coletiva são mais centrados em comunidades e sociedades, os fatores que a determinam são a sustentabilidade e o ambiente, a segurança, a tranquilidade e as normas de convivialidade.

Rapley (2003) considera que, recentemente, a QdV tem sido concebida e desenvolvida como um aspeto da subjetividade individual, ou seja, enquanto “Estado da Pessoa”. A tendência à individualização deste conceito, terá surgido sob a influência de um novo paradigma de gestão pública, amplamente influenciado por governos, como o de Margaret Thatcher (Rapley, 2003).

Ainda em relação à dicotomia do conceito, para Canavarro (2010), que investiga a QdV relacionada com a saúde, os conceitos de QdV podem ser sistematizados em modelos que a abordam como *objeto predominantemente psicológico* e os modelos que o consideram enquanto *objeto predominantemente social*, clarificando que:

Os primeiros centram-se numa abordagem da QdV como *output* ou resultado final individual, enquanto os segundos valorizam particularmente os contextos e processos sociais que determinam o resultado final, em termos de QdV individual, ou focam tópicos sociais de QdV. (Canavarro, 2010:10)

A QdV é um conceito também aplicado ao estudo de condições específicas de grupos e do seu bem-estar, que tem sido muito desenvolvido no âmbito da saúde e que apresenta potencialidades de investigação sobre grupos, como os idosos, e os fatores que melhoram a sua QdV.

A relação da QdV com a saúde surgiu ao mesmo tempo que o conceito se desenvolvia, a partir dos anos 60. Contudo, nos últimos anos, especialmente desde a década de 90, assistimos a um aumento exponencial de estudos sobre a qualidade de vida relacionada com saúde (QdVrS), com o intuito de avaliar os cuidados prestados em determinadas doenças, com especial enfoque nas doenças crónicas. Segundo Canavarro (2010) a importância da QdV relacionada com a saúde deve-se ao advento da medicina moderna, “ ao dispor de tratamentos, que na sua maioria não curam mas permitem um controlo dos sintomas ou um abrandamento do curso natural da doença” (Canavarro, 2010:3), vem recorrendo a este conceito para compreender os resultados em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta-nos em 1996 uma definição de QdV que se refere “às perceções do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro de um contexto de sistemas de cultura e valores nos quais está inserido em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Devido aos processos de envelhecimento das populações, designadamente ao aumento da morbilidade, especialmente insidiosa nos países da Europa, surge um interesse crescente por relacionar a QdV com os cuidados prestados a este grupo populacional. Estes cuidados processam-se a dois níveis distintos, médico e social, sendo, no entanto, cuidados de saúde, se considerarmos o conceito da OMS, de 1948, enquanto condição de bem-estar em vários domínios físico, social, económico e espiritual.

São várias as questões que se levantam quando estamos perante um conceito como o de QdV e a sua dimensão social, pela pluralidade de visões e estratégias para o estudo da mesma, que advêm da própria evolução histórica do conceito e que ficam claras na dicotomia do conceito. Pretendemos tratar aqui uma questão que nos permite situar face a essa dicotomia: As sociedades preocupam-se mais com a QdV à medida que envelhecem? Esta questão leva-nos a pensar quais as condições necessárias para que os mais velhos vivam com QdV nas sociedades democráticas, e como os países determinam as suas políticas face ao envelhecimento da população.

Rapley (2003) assinalou a importância que a QdV tem adquirido para a avaliação da qualidade dos cuidados que são prestados por exemplo na área de saúde. Para Bowling (2005) os investigadores na área dos cuidados de saúde e sociais estão muito centrados na avaliação dos resultados da intervenção e dos serviços prestados. Concluindo que o que importa neste século não é o que os profissionais pensam sobre como se sentem os doentes, mas sim como os pacientes avaliam a sua QdV (Bowling, 2005), numa perspectiva mais centrada na pessoa.

O conceito de qualidade de vida relacionada com os cuidados (QdVrC), foi recentemente desenvolvido a partir de um projeto europeu de investigação, denominado “Care Keys”, e que visava compreender a QdV do grupo populacional dos idosos, a partir da relação com os cuidados de longa duração e domiciliários em países como a

Suécia, Estónia, Finlândia, Reino Unido, Alemanha e Espanha. Os resultados deste estudo foram publicados posteriormente por Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008).

No âmbito dos cuidados aos mais velhos a QdV pode ser entendida como um resultado (outcome) do processo de cuidado segundo a teoria da produção do bem-estar (Knapp, David, Fernández & Netten, 2004), introduz-se assim um quadro global para a compreensão do papel dos cuidados na produção do bem-estar. A ideia chave é de que os cuidados e os serviços desempenham um papel mediador na produção do bem-estar. Segundo Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008) no processo de produção da QdV os recursos, como o número, qualificações do pessoal e a sua amabilidade, são combinados para produzirem quantidade (tipos e intensidade) e qualidade dos cuidados, com o objetivo de manter e melhorar o bem-estar, ou melhor a QdV do utente.

O modelo de produção de bem-estar tem sido aprofundado no sentido de definir quais as dimensões sociais da produção do bem-estar, no que se refere às pessoas idosas e que estão dependentes de cuidados de longa duração (Knapp, David, Fernández & Netten, 2004).

A partir da investigação sobre o instrumento da OMS, mais específico para os idosos, Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes e Lima (2010) sustentam que o mesmo tem inúmeras potencialidades de utilização que vão:

Desde a investigação, à prática clínica, podendo ser usado em estudos epidemiológicos, nomeadamente transculturais, para desenvolvimento de serviços e/ou seleção e monitorização de intervenções, onde aspetos relativos à QdV sejam cruciais, podendo mesmo permitir esboçar implicações de ordem social e política para a população idosa. (Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes & Lima, 2010:245)

Como refere Rapley (2003) a QdV é um conceito que permite sensibilizar para pensarmos sobre os objetivos e modelos de cuidados nas respostas sociais, bem como formas de melhorar a vivência de alguns grupos e comunidades de uma forma democrática, inclusiva e emancipadora.

## **A qualidade de vida dos idosos dependentes**

A qualidade de vida (QdV) e o bem-estar são conceitos importantes para conhecermos as percepções dos idosos, em particular os mais frágeis, vulneráveis e incapacitados, uma vez que apesar da mudança nas suas capacidades, competências e circunstâncias relacionadas com o próprio processo de envelhecimento as respostas que promovam a capacitação e autonomia, como os cuidados continuados podem melhorar a sua qualidade de vida (Vaarama, Pieper & Sixsmith, 2008).

Com o envelhecimento ocorrem perdas progressivas, a nível biológico, social e emocional, mas reconhece-se a existência de potencial, a nível cognitivo, emocional e de aprendizagem ao longo da vida, no entanto segundo Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes e Lima (2010) este potencial poderá ficar comprometido quanto menor é a capacidade funcional que os idosos mais velhos apresentam.

Se por um lado associamos perdas ao processo de senescência, este não significa um inevitável retrocesso, especialmente quando acompanhado de intervenções que visem o potencial dos idosos a outros níveis, por exemplo social e afetivo, e, ao mesmo tempo, permitam manter a sua autonomia. Consideramos por isso pertinente a qualidade dos cuidados continuados que são desenvolvidos a partir da RNCCI, para uma melhoria significativa da QdV dos idosos com dependência. Para tal importa salientar como se tem desenvolvido o conceito de QdV relacionada com os cuidados e quais os indicadores mais utilizados.

Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008) o conceito de QdVrC quando aplicado aos idosos é multidimensional, inclui dimensões objetivas (rendimento, habitação, saúde e mobilidade) e subjetivas (satisfação com a vida e felicidade) e combina quatro áreas-chave: (i) saúde física e capacidades funcionais; (ii) bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida; (iii) redes sociais, atividades (de lazer e produtivas) e participação; (iv) condições socioeconómicas e o meio onde vive.

Por sua vez Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes e Lima (2010), consideram que o paradigma da QdV avançado pela OMS assenta em três pressupostos: o da subjetividade, porque centra-se nas percepções do sujeito, e o da multidimensionalidade,

por abranger várias dimensões. O terceiro pressuposto é a dimensão positiva-negativa, ou seja, se a dor é um fator negativo a mobilidade é um fator positivo, estabelecendo-se assim uma compreensão dinâmica, ou balanço, entre as duas dimensões.

Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008) concluem, a partir da discussão teórica do conceito e também dos resultados empíricos da sua aplicação, que a QdV pode ser um conceito universal, mas adaptável a diferentes grupos. Para isso podem definir-se indicadores específicos para acrescentar aos já existentes, em escalas como a WHOQOL ou a WHOQOL-OLD.

A partir de uma revisão da literatura sobre a QdV dos idosos mais fragilizados, Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008), encontraram nove fatores ou dimensões específicas da QdV para idosos: (1) a demografia, (2) a situação socioeconómica, (3) a saúde física, (4) o bem-estar psicológico, (5) as redes sociais, (6) o meio em que vivem, (7) os estilos de vida e atividades, (8) os acontecimentos traumáticos e o (9) cuidado. Para os autores estes fatores não invalidam uma definição mais global e integrada de qualidade de vida, que podemos sintetizar em quatro domínios principais (físico, psicológico, social e material/recursos).

Para adaptação do instrumento da OMS para a QdV dos idosos (WHOQOL-OLD) à população portuguesa, Vilar, Simões, Sousa, Firmino, Paredes e Lima (2010) identificaram seis facetas da QdV: (1) Funcionamento Sensorial, (2) Autonomia, (3) Atividades passadas, presentes e futuras, (4) Participação social, (5) Morte e morrer e (6) Intimidade. Este instrumento deverá, no entanto, ser complementar aos instrumentos gerais da QdV, tais como o WHOQOL-100 ou o WHOQOL-Bref.

A QdV aplica-se ao estudo da saúde, principalmente, nas situações em que ocorrem mudanças nas condições físicas dos sujeitos (tratamentos oncológicos, cirurgias e reabilitação após AVC), sendo relevante para a medição dos resultados em saúde. Está relacionada com esses indicadores, ao passo a qualidade de vida relacionada com os cuidados, permite avaliar os cuidados prestados, nas situações em que não haverá resultados significativos de tratamento de doenças, aplica-se a populações mais vulneráveis e que são consideradas dependentes de cuidados. A Qualidade de Vida é um resultado relevante para o estudo do bem-estar das populações. mas que não substitui os

resultados em saúde, apenas pode estar relacionado com os mesmos. Se o primeiro conceito de QdV relacionada com a saúde tem sido desenvolvido essencialmente por médicos, enfermeiros e psicólogos, a QdV relacionada com os cuidados tem despertado o interesse de assistentes sociais.

Como vimos os cuidados são apresentados por Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008) como um dos fatores de QdV para os idosos com dependência, pois estes cuidados são uma resposta social indispensável para este grupo da população. Sendo no entanto muito relevante, para as sociedades envelhecidas, a compreensão do impacto desta resposta sociais para o bem-estar dos idosos com dependência, pode-se constituir como uma resposta do tipo assistencial, uma vez que suprime as necessidades básicas destes sujeitos (alimentação, medicação, higiene e limpeza da casa) ou tem uma ação mais global sobre a QdV dos idosos, tendo um impacto na participação social, na mobilização de redes de proximidade e vizinhança, na autonomia para a tomada de decisões e empoderamento dos idosos que apresentam os mais diversos graus de dependência funcional.

A partir de uma abordagem holística centrada no cliente os cuidadores formais promovem a autonomia e competências do cliente, contribuem para as suas relações sociais e influenciam o bem-estar psicológico do cliente (Vaarama, Pieper & Sixsmith, 2008).

As unidades de cuidados continuados investem em processos de cuidar que combinam a intervenção de profissionais de saúde e de serviço social, nas respostas institucionais (cuidados formais) mais vocacionadas para necessidades individuais. As equipas que trabalham na área dos cuidados continuados desenvolvem um modelo de cuidados continuados integrado para a reabilitação dos doentes com multipatologias e/ou dependentes, tal como consta no Dec-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho: “Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.” A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, em Portugal assume-se como um exemplo de resposta que visa a promoção da qualidade de vida.

A organização de um “mix” de cuidados deve ter em conta os padrões éticos e profissionais, mas também a divisão do trabalho que está muitas vezes subjacente aos cuidados, na qual destacamos três tipos principais: entre cuidados sociais e cuidados de saúde, entre cuidados formais e informais e entre cuidados institucionais e cuidados domiciliários (Vaarama, Pieper & Sixsmith, 2008).

### **A Qualidade de vida relacionada com os cuidados: principais instrumentos**

Após uma revisão global da literatura de referência sobre qualidade de vida, qualidade de vida dos idosos e qualidade de vida relacionado com os cuidados, procuramos rever alguns estudos sobre os indicadores e instrumentos do conceito de qualidade de vida relacionado com os cuidados a idosos.

Optámos por fazer uma pesquisa rápida nos repositórios de acesso livre, designadamente através da plataforma b-on, por nos permitir um acesso imediato aos artigos. Os resultados para as palavras-chave “qualidade de vida e idosos”, em português, não foram surpreendentes, 406 artigos e publicações. Destes 406 nenhuma investigação respeitava ao conceito que propomos desenvolver, ou seja qualidade de vida relacionada com os cuidados. Assim optámos por fazer uma nova busca, mas mais refinada, desta vez utilizámos as palavras-chave “Care-related” e “Quality of Life” combinadas, o que leva à identificação apenas de artigos cujo título combina as duas palavras, sendo que estariam disponíveis essencialmente estudos na língua inglesa, foram apresentados apenas 75 resultados que combinavam estas duas palavras “Care-related” e “Quality of Life”.

Desta pesquisa seleccionámos apenas os artigos que se reportavam ao estudo da qualidade de vida relacionada com os cuidados em idosos, ficando a pesquisa muito limitada a 2 estudos (Vaarama, Pieper e Sixsmith, 2008; Malley, Towers, Netten, Brazier, Forder & Flynn, 2012). Estes tratam exclusivamente de instrumentos de medida da QdV relacionada com o Cuidados, o tipo de cuidados sobre os quais incidiram estes estudos foram os cuidados formais.

No quadro nº 1 apresentamos uma síntese dos principais instrumentos utilizados no âmbito desses estudos.

Em ambos os estudos foi aplicado um conjunto considerável de instrumentos, que são combinados com a finalidade de analisar a interdependência entre a qualidade de vida e os cuidados. Desde logo os instrumentos utilizados para a qualidade de vida são diferentes, no primeiro caso utilizou-se a escala abreviada da OMS (WHOQoL-Bref) no segundo caso a Global 7-point self-related QoL.

Os instrumentos utilizados no estudo de Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008) preveem o estudo da relação entre a avaliação do idoso, a avaliação do processo de cuidados e da gestão e administração, enquanto a proposta de Malley, Towers, Brazier, Forder e Flynn (2012), se centra exclusivamente na perspetiva do idoso.

No primeiro estudo há uma preocupação com a avaliação dos cuidados que são prestados pelas equipas e desenvolveram-se instrumentos específicos com essa finalidade.

No segundo estudo os cuidados são avaliados a partir do ASCOT pelos adultos idosos que recebem cuidados domiciliários. Para validarem a avaliação do idoso sobre os cuidados são aplicadas em simultâneo diversas escalas e questionários que avaliam o estado geral do idoso, neste segundo estudo pretendia-se validar o questionário ASCOT, para uma avaliação dos resultados dos cuidados sociais pelos adultos, neste caso idosos. Este questionário aborda 8 resultados (outcomes) dos cuidados sociais: higiene pessoal e conforto; comida e bebida; controlo das atividades diárias; limpeza da casa; segurança; participação social; ocupação e dignidade, o que é revelador da sua especificidade na avaliação dos cuidados domiciliários.

Os tipos de cuidados a avaliar, se domiciliários ou residenciais, devem ser tidos em conta, em função dos cuidados que prestam quando se trata de escolher dos instrumentos deste tipo. Consideramos o questionário ASCOT um instrumento inovador para a avaliação, centrada no utente-idoso, pela sua especificidade em relação aos cuidados domiciliários, mas sobretudo pela integralidade dos cuidados que permite analisar.

### Quadro 1- Síntese de dois instrumentos para estudar a qualidade de vida relacionada com os cuidados prestados aos idosos

Conceito	Care-related quality of life in old age (qualidade de vida relacionada com os cuidados nos idosos)	Social Care-related quality of life with older adults (Qualidade de vida relacionada com os cuidados sociais para adultos idosos)
Tipo de cuidados	Formais (domiciliários, residências assistidas e lares de idosos/casas de repouso)	Formais (domiciliários)
Instrumentos	<p><b>CLINT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Identificação</li> <li>(2) Informação sobre habitação</li> <li>(3) Controlo das AD</li> <li>(4) Redes sociais, atividades e participação</li> <li>(5) Qualidade dos Cuidados</li> <li>(6) Qualidade de Vida</li> </ul> <p><b>InDEX</b> Instrumento para recolha de dados registados sobre o idoso, suas necessidades e planos de cuidados.</p> <p><b>ManDEX</b> Instrumento para recolha de dados dos gestores das instituições e da administração)</p>	<p><b>ASCOT</b> (Adult Social Care Outcomes Toolkit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Higiene pessoal e conforto</li> <li>(2) Comida e bebida</li> <li>(3) Controlo das AD</li> <li>(4) Limpeza da casa</li> <li>(5) Segurança</li> <li>(6) Participação social</li> <li>(7) Ocupação</li> <li>(8) Dignidade</li> </ul> <p><b>Global 7-point self-rated QoL</b></p> <p><b>GHQ-12</b> (Saúde Psicológica)</p> <p><b>EQ-5D</b> (Saúde Física)</p> <p><b>CASP Control</b> (Controlo e autonomia)</p> <p><b>UCLA – 3</b> (Redes Sociais)</p>
Autores	Vaarama, Pieper & Sixsmith, 2008	Malley, Towers, Brazier, Forder & Flynn, 2012

### Considerações finais

Apresentamos algumas reflexões sobre o trabalho desenvolvido, que se situam entre a necessidade de pôr em evidência a dimensão social da Qualidade de Vida relacionada com os cuidados e ao mesmo tempo de repensar o conceito global de Qualidade de Vida a partir de modelos de cuidados que se caracterizem pela sua interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade entre cuidados de saúde e sociais prestados nas unidades da RNCCI representam o desafio para compreender os impactos dos cuidados para Qualidade de Vida dos idosos dependentes, sugerindo a criação de instrumentos que captam a sua dinâmica e especificidade, por exemplo face aos cuidados domiciliários e até mesmo aos lares de idosos, que sejam particularmente adequados à observação e registo das práticas desenvolvidas no âmbito dos planos de cuidados continuados.

Como podemos verificar através da revisão da literatura, os estudos sobre os cuidados tendem a separar por tipologias, os cuidados sociais e os cuidados de saúde, focando-se quer num quer noutra tipo. A maioria dos estudos sobre QdVrS é desenvolvida numa perspectiva de grupo profissional, ou seja por médicos, enfermeiros e psicólogos. Sendo um desafio relevante o desenvolvimento de estudos que englobem uma perspectiva interdisciplinar.

A avaliação dos cuidados institucionais ou formais, também levanta algumas dificuldades uma vez que há uma distinção entre os cuidados prestados no domicílio e os cuidados continuados que são prestados em instituições, como as unidades de cuidados continuados. Os cuidados domiciliários são considerados mais contextuais enquanto os institucionais poderão ou não ser mais padronizados.

O estudo sobre QdVrC dos idosos dependentes que recebem cuidados formais, institucionais e domiciliários (Vaarama, Pieper e Sixsmith, 2008), referia que eram raros os estudos que se centram na avaliação dos cuidados domiciliários e também nos cuidados informais. Esta ausência poderia ser justificada pelo facto de os cuidados domiciliários (homecare), serem considerados como um “fenómeno contextual”, que varia com o tempo e a localização, no entanto também existem mais estudos sobre os cuidados de enfermagem do que os cuidados sociais no domicílio (Vaarama, Pieper e Sixsmith, 2008). Recentemente foi feito um estudo para a avaliação dos cuidados domiciliários, que apresenta uma visão mais integral dos cuidados, no qual foi aplicado o caso o questionário ASCOT, contudo este instrumento tem uma fragilidade para aplicação nos cuidados continuados adequando-se apenas a cuidados domiciliários.

O desenvolvimento de um instrumento específico para avaliação dos cuidados pelos idosos num contexto de cuidados continuados formais, por exemplo nas unidades de

cuidados continuados, será útil? Ou poderá à partida ficar condicionado pela divisão de saberes entre profissionais e utentes?

Por fim é importante destacar a relevância que o estudo dos impactos dos cuidados continuados pode ter na melhoria da qualidade de vida dos idosos mais frágeis, uma vez que a saúde por si só pode não ser um direito já adquirido, pois está dependente de diferentes fatores, nomeadamente o biológico, a senescência não tem necessariamente de ser um processo regressivo, mas aquilo que devemos colocar enquanto direito é o acesso a cuidados de saúde adequados a cada grupo populacional, neste caso que permitam aos idosos viverem com maior autonomia, com poder e dignidade.

### **Abreviaturas:**

AD- Atividades Diárias  
ASCOT- Adults Social Care Outcomes Toolkit  
AVC- Acidente Vascular Cerebral  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
QdV- Qualidade de Vida  
QdVrC- Qualidade de Vida relacionada com os Cuidados  
QdVrS- Qualidade de Vida relacionada com a Saúde  
QoL- Quality of Life  
WHOQoL-Bref- World Health Organization Quality of Life- Bref  
WOHQOL-100- World Health Organization Quality of Life-100

### **Referências Bibliográficas:**

Bowling, A. (2005). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*, third edition, Berkshire: Open University Press.

Canavarro, M. C. (2010). “Qualidade de Vida: Significados e Níveis de Análise” em Canavarro, M.C. e Vaz Serra, A.(Coord.) *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, publicado no Diário da República nº 109, I Série-A.

Knapp, M., David, C., Fernández, J-L. & Ann Netten (2004). *Long-Term Care: Matching Resources and Needs*. Aldershot: Ashgate Publishing.

Malley, J., Towers, A-M., Netten, A., Brazier, J. Forder, J. & Terry Flynn, (2012). “An Assessment on the Construct Validity of the ASCOT Measure of Social Care-related Quality of

Life with Older People”, Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10:21 disponível em: <http://hqlo.com/content/10/1/21> consultado em: 25 de Novembro de 2012.

Phillips, D. (2006). *Quality of Life: concept, policy and practice*, London: Routledge.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. London: Sage Publications.

Vaarama, M., Pieper, R. & Andrew Sixsmith (2008). *Care-related Quality of Life in Old Age: Concepts, Models and Empirical Findings*, New York: Springer Science.

Vilar, M., Simões, M., Sousa, L., Firmino, H., Paredes, T. & M. Lima (2010).”Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em Torno do Processo de Adaptação e Validação do WHOQOL-OLD para a População Portuguesa” em Canavarro, M.C. e Vaz Serra, A. (Coord.) *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Notas sobre a autora:

[julieta.feliz@esep.pt](mailto:julieta.feliz@esep.pt)

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação de Portalegre  
Assistente Social, Docente no 1º ciclo de Serviço Social, Equiparada a Assistente do Segundo Triénio, membro da direção de curso de Serviço Social. Licenciada em Serviço Social pelo ISSS de Lisboa, Mestre em Serviço Social pelo ISSSL-ULL e doutoranda no 3º ciclo de estudos de Serviço Social do ISCTE-IUL.