

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tornou-se a realidade mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas, pois segundo Silva (2006) “constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, completamente novo, nunca antes experimentado pela humanidade e para o qual «a sociedade não se preparou»”. Este aumento na proporção de pessoas mais velhas na população poderá ser um triunfo perante o esforço da humanidade na busca do aumento da sobrevivência da espécie humana. Todavia, a verdade é que a este aumento com conseqüente mudança na estrutura populacional surge associada uma preocupação acrescida e uma disponibilidade adicionada para os problemas dos idosos pois a longevidade é intensamente desejada pela grande maioria dos indivíduos, contudo, desde que sob certas condições como a de não ficar dependente, a de ter saúde ou a de não ficar velho (Paschoal, 2002).

De facto, a promoção da autonomia e da independência na pessoa idosa está directamente associada à qualidade de vida e a Organização Mundial de Saúde defende inclusivamente que “...a melhor forma de avaliar a saúde dos idosos é fazê-lo através da função” (cit. in Imaginário, 2004, p. 48). O programa criado pela Direcção Geral de Saúde (2006) defende o pressuposto de que envelhecer com saúde, autonomia e independência durante o maior tempo possível, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. Assim, envelhecer com saúde consiste numa atitude mais preventiva e promotora e, desta forma, sentimo-nos responsabilizados e interessados em função da garantia da qualidade de vida dos nossos idosos. Dada a indubitabilidade da independência como um factor chave no bem-estar do idoso, um nível aceitável de satisfação das suas necessidades caracteriza-se pela realização de actividades que ele efectue por si mesmo e sem ajuda de outra pessoa e é de facto de todo essencial para a qualidade de vida. Assim envelhecer com qualidade de vida e bem-estar é um desafio e também um objectivo desejável para toda a população.

Segundo Mourad (1994, p.97) as afecções músculo-esqueléticas estão relacionadas com o decorrer dos anos, o envelhecimento, o efeito de desgaste causado pelo uso contínuo, o “mau trato”, os traumatismos e a acção dos efeitos do desenrolar de outros tipos de fenómenos sobre os tecidos articulares. As afecções degenerativas tendem a piorar com o tempo, podendo levar à incapacidade, implicando a realização de tratamento e reabilitação.

Nesta lógica a reabilitação defende a importância em manter a capacidade funcional dado que esta dimensão é uma vertente da saúde da maior importância para as pessoas idosas pelo seu impacto na sua qualidade de vida (Martins, 2003).

Na mesma linha de pensamento a autora supracitada considera “ o processo e a gestão de Enfermagem de Reabilitação como variáveis chave a ter em conta na melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos” (*Ibidem*). Partilhamos e defendemos este novo paradigma e deste modo, o presente estudo tem como principal objectivo avaliar a Qualidade de Vida dos Idosos submetidos a cirurgia da anca, após terem sido sujeitos a Programas de Enfermagem de Reabilitação.

Definimos como objectivos específicos deste estudo perceber se os idosos que são submetidos a um maior número de sessões de reabilitação registam percepções mais satisfatórias nas diversas dimensões do seu estado de saúde do que os que realizam menos sessões e apreender se a enfermagem de reabilitação contribui para uma melhoria da percepção do estado de saúde do idoso.

Paralelamente pretende-se de igual modo analisar e explorar as relações entre as percepções do estado de saúde e outras variáveis independentes com possível papel preditivo de influência que pudessem explicar essa relação como sendo o sexo, a idade, o estado civil, o índice de massa corporal e mobilidade articular.

O estudo desenvolveu-se no Algarve, na região do Barlavento, no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE em Portimão, no serviço de internamento de Ortopedia. A população seleccionada restringiu-se aos idosos internados no respectivo serviço e que foram submetidos a Intervenção Cirúrgica da Anca. Em termos metodológicos, o presente trabalho recai sobre uma abordagem quantitativa, de carácter quase-experimental e transversal. Para o desenvolvimento do estudo recorremos a dois instrumentos de recolha de dados: um questionário composto por quatro partes (Caracterização Sócio-Demográfica, Caracterização do Estado de Saúde do Idoso, Caracterização do Idoso durante o Internamento e Caracterização do Idoso no pós-alta) e a aplicação da escala da Qualidade de Vida SF-36.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes nomeadamente a primeira composta pelo enquadramento teórico e a segunda parte pelo enquadramento metodológico.

Na parte I estão contidos três capítulos que dão suporte teórico ao estudo desenvolvido. No primeiro capítulo abordamos aspectos gerais mas essenciais à compreensão do envelhecimento incluindo abordagens de carácter demográfico aos níveis Europeus, nacionais (Portugal) e regionais (Algarve), e o processo de desenvolvimento do envelhecimento nas suas múltiplas dimensões. No segundo capítulo é feita uma abordagem fundamentada, conceptual e especializada da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação e o seu impacto na recuperação física do idoso. No terceiro capítulo faz-se uma revisão histórico-dimensional do construto

Qualidade de Vida com recurso a investigações demonstrativas da sua influência no bem-estar da pessoa idosa.

Na segunda parte descrevemos as opções metodológicas com vista à realização do estudo, nomeadamente material e métodos, delimitação do problema em estudo, objectivos, variáveis, hipóteses, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos éticos/legais e tratamento dos dados. Inclui ainda o capítulo que inclui a apresentação e análise de dados, a discussão dos resultados e ainda as conclusões mais relevantes que resultaram deste estudo.

Parte I - Fundamentação Teórica

2- ENVELHECIMENTO

O século XX foi marcado pela explosão eminente de medidas protectoras, nomeadamente de cuidados de higiene e assistência à saúde, que visaram postergar a morte e aumentar o envelhecimento demográfico Mundial (Fontaine, 2000). Tais medidas foram o culminar de muitos anos de evolução, de estudos e investimentos da humanidade que caminha cada vez mais para uma maior esperança de vida (Netto & Ponte, 2002).

2.1- ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas uma vez que “constitui um fenómeno à escala europeia e mundial, completamente novo, em especial nos países desenvolvidos, nunca antes experimentado pela humanidade e para o qual «a sociedade não se preparou» ” (Silva, 2006, p.3). Para este autor torna-se imperioso falar do assunto dado que “dos 20 países no mundo com as mais altas percentagens de população idosa, 18 situam-se na Europa e entre 13 e 18% da população tem mais de 65 anos de idade” (*Ibidem*).

Carrilho e Gonçalves (2004) referem que em 2002 a população da Europa do Sul, com realce para a Itália com 18,2%, constituiu a população mais envelhecida dentro da UE 15 e que Portugal com 16,7% insere-se na média comunitária que é de 16,8%. Ainda segundo as mesmas autoras (2006, p.25) “entre 1960 e 2005, a população total cresce em média 0,4% ao ano, um ritmo muito próximo do observado no grupo da população em idade activa dos 15-64 anos (0,5%)”. Todavia, verificam-se ao mesmo tempo “grandes contrastes nas dinâmicas de evolução da população jovem, que diminui a um ritmo médio de 1% ao ano e a população idosa que regista taxas de crescimento anual de 2,1%”. Este aumento afirma-se com mais destaque na população muito idosa, ou seja, nos indivíduos com 85 ou mais anos, que registam um aumento de mais de 3% ao ano e que comprova o aumento de longevidade da própria população idosa.

Deste modo, conclui-se que “o ritmo de crescimento da população idosa e da população muito idosa é bastante superior ao da população total, quer no período retrospectivo, quer no período de projecção” (Carrilho & Gonçalves, 2006).

A projecção demográfica de 2005-2050 aponta analogamente para a continuidade do aumento da população idosa em 1,1% ao ano para as pessoas com 65 e mais anos e cerca de 2,2% para as pessoas com 85 e mais anos, apesar dos ritmos de crescimento ficarem moderados uma vez que a população já atingiu um

considerável grau de envelhecimento. Em 2050 o índice de Envelhecimento ultrapassará os 115 e alcançará a 243 idosos por cada 100 jovens e a proporção de pessoas idosas no total da população será de 32%. O número de crianças com menos de quinze anos continuará a diminuir passando de 15,4% em 2010 para 13,1% em 2050, bem como a população em idade activa dos 15-64 anos que irá manter uma variação negativa ao longo deste período. O número de pessoas com 65 e mais passará de 17,7% em 2010 para 31,8% em 2050, o Índice de dependência dos idosos duplicará fixando-se nos 58 por cada 100 indivíduos em idade activa, ultrapassando assim os 26 existentes em 2010 (Carrilho & Gonçalves, 2006).

Perante estes dados constatamos que o problema do envelhecimento em Portugal é uma realidade, onde o Algarve, o Alentejo e a Zona Centro salientam-se com a maior proporção de idosos na totalidade da população (Silva, 2006). De facto, dos 10 617 575 habitantes de Portugal registados pelo INE em 2007, 421 528 são Algarvios. Com um Índice de Envelhecimento de 124, o Algarve apresenta uma área total de 4.996 km², uma Densidade Populacional Média de cerca de 84,4 habitantes/Km² e dele fazem parte 16 Municípios (INE, 2007).

Internamente a região do Algarve é subdividida em duas zonas, uma a leste, o Barlavento e outra a oeste, o Sotavento e cada uma destas tem oito municípios e uma cidade dita principal. O Barlavento designa a zona ocidental da região natural do Algarve e apresenta um total de 190 358 habitantes, dos quais 35 669 são idosos com 65 e mais anos de idade, ou seja, cerca de 18,73% do total da população (INE, 2006). Do Algarve, os municípios de Monchique e Aljezur detêm o maior Índice de Envelhecimento apresentando respectivamente 327,9 e 279,1, depois de Alcoutim que consagra os valores mais elevados da região. Também no respectivo à Taxa Bruta de Mortalidade respeitante a 2007 verifica-se que mais uma vez os municípios de Aljezur com 19,3‰ e Monchique com 17,4‰ se destacam dos restantes municípios do Algarve, seguidamente a Alcoutim que lidera o topo (INE, 2007).

Perante estes valores podemos afirmar que o envelhecimento é uma problemática inquietante, tornando-se por todos os seus contornos “um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade inter-geracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente” (INE, 2002).

2.2- A PESSOA IDOSA

A definição de pessoa idosa sugerida pela OMS baseia-se na idade cronológica de 65 e mais anos, todavia esta perspectiva tem vindo a perder algum sentido social uma vez que “a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si, mudanças que, a acontecerem, têm por base uma complexa interacção de vária ordem: biológica, psicológica e social (Fernandes cit. por Moniz, 2003, p.49). Isto significa que para se entender o processo de envelhecimento “é necessário compreender-se globalmente todos os aspectos da vida, como sejam os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais, os aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, que marcam a individualidade da pessoa” (Moniz, 2003).

Para Martins, Andrade e Rodrigues (2010) “o envelhecimento é frequentemente sentido como uma descontinuidade que se manifesta na continuidade que vivemos no dia-a-dia. Somos os mesmos e no entanto mudámos. A imagem reflectida no espelho não parece ser a mesma, quando comparada com a fotografia tirada há anos atrás”.

Segundo Santos (2002) “o envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se”. É um processo natural, contínuo, complexo e universal, inevitável e observável, comum a todos os seres vivos, inclusivamente ao homem, sendo “...diferente de indivíduo para indivíduo” e trazendo consigo uma série de alterações bio-psicossociais que alteram a relação do homem com o meio no qual este está inserido.

Aquando do envelhecimento surgem então modificações orgânicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas que ditam “a deterioração da estrutura e da função de vários órgãos e tecidos, uma diminuição da capacidade do organismo responder ao stress imposto pelo meio ambiente e (...) vulnerabilidade para o aparecimento de doenças que geralmente estão relacionadas com o avanço da idade” (Andres & Rowe cit. por Botelho, 2000).

Em termos sociais e psicológicos as perdas são, para Santos (2002), geralmente múltiplas entrelaçando-se numa dimensão complexa: perda de elos sociais, da esposa ou do marido, dos filhos, de amigos, do emprego devido à reforma ou a doença, do papel na família ou no grupo social, do poder económico, de rotinas e hábitos antigos por dificuldades económicas e/ou até físicas, entre outras. Para esta autora “as principais perdas vividas pelas pessoas idosas dizem respeito aos papéis, às expectativas e referências ao grupo social” e estas perdas, ainda que sejam

graduais ou súbitas, previstas ou imprevistas podem ameaçar a integridade psicológica do idoso (*Ibidem*).

A reforma, tal como advertido por Oliveira (2008), envolve uma significativa transição ou um novo estágio de vida que pode ser encarada de forma positiva ou negativa. Os aspectos positivos ou negativos dependem grandemente da condição sócio-psíquica da pessoa idosa e dos membros da família. Ficar reformado pode ser sinónimo de perda de rendimentos, não saber como ocupar o tempo livre, decréscimo do estatuto social e da relação com os grupos sociais envolventes, perda de poder na sociedade e na família e, por tudo isto, surgirem sentimentos de solidão, isolamento, de inutilidade e, conseqüentemente, perda de auto-estima e de objectivos de vida. Para Durkheim o isolamento e a ausência de relações sociais são factores declarativos dos comportamentos suicidas e concluiu: “o isolamento é um factor de risco para a saúde; os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde; não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo” (cit. por Fontaine, 2000).

De facto segundo Martins, Andrade e Rodrigues (2010):

“...a construção de uma categoria constituída pelas pessoas idosas, acima de um determinado limiar de idade, induz, de uma forma não consciente, a uma representação dos idosos como categoria de indivíduos à parte, que transpuseram como que uma barreira e ficaram desligados das sociabilidades construídas ao longo de uma vida”.

Por seu lado, a mesma autora refere que “inversamente, constata-se que aqueles que consideram a velhice como um fenómeno natural, dão sentido à vida, são felizes e tornam-se cúmplices com o seu próprio meio, encontrando na vida na velhice um conjunto de vantagens”.

Na abordagem realizada por Pereira et al., (2001) no respeitante às patologias que predisõem ao idoso, estes destacam as doenças cardiovasculares, nomeadamente, a hipotensão postural, crise hipertensiva, arritmias cardíacas, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca congestiva, síncope vaso-vagal e insuficiência vértebro-basilar; as Neurológicas como o hematoma sub-dural, demência, neuropatia periférica, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sequelas de AVC, Acidente Vascular Isquémico Transitório (AIT), Parkinson, delirium, labirintopatias e disritmia cerebral paroxística (Epilepsia). No respeitante às doenças Endócrino-Metabólicas referem as hipoglicemias e as hiperglicemias, hipotiroidismo e hipertiroidismo e distúrbios hidro-electrolíticos; as Pulmonares com referência à embolia pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Ainda, de entre os factores de risco intrínsecos, o autor supracitado apresenta também como potenciais ameaçadores ao evento de queda os

fármacos, com destaque para os Ansiolíticos, Hipnóticos e Antipsicóticos; Antidepressivos; Anti-hipertensores; Anticolinérgicos; Diuréticos; Anti-arrítmicos; Hipoglicémicos; Anti-inflamatórios não-esteróides e, inclusivamente, a Polifarmácia, ou seja, o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos associados (Pereira et al., 2001).

3- REABILITAÇÃO DO IDOSO

Para Brunner e Suddarth a Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia a pessoa doente ou incapacitada para atingir um maior nível de actividade física, mental, espiritual, social e económica. Este processo ajuda a pessoa a atingir uma boa qualidade de vida, repercutindo-se numa melhor auto-estima e autonomia (Leite e Faro, 2005).

A Reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar é, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”. Neste âmbito e para esta associação “ o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (*Ibidem*, p. 1).

De acordo com Leite e Faro (2005, p.93) “ a assistência de Enfermagem de Reabilitação tem como principais objectivos auxiliar o paciente a se tornar independente o máximo que puder dentro das suas condições, promover e incentivar ao autocuidado através de orientações e treinamento de situações, preparar o deficiente físico para uma vida social, familiar da melhor maneira possível e com qualidade”. Porém, nem sempre o doente consegue atingir esta readaptação com consequente ganho de autonomia, tal como defendem Loureiro, Couto e Sobral (2010) pois a necessidade adaptativa à nova condição pressupõe a maior parte das vezes a ajuda do profissional. É no centro desta problemática que vislumbra o trabalho dos Enfermeiros de Reabilitação pois estes desempenham um papel fundamental no processo de readaptação do indivíduo, tendo um maior enfoque os processos de transição da doença para a saúde.

Na opinião de Santos (2008) os doentes submetidos a cirurgia da anca tem uma probabilidade acrescida de se tornarem dependentes pois esta patologia é uma das principais causas da incapacidade funcional. Os idosos que foram submetidos a

intervenção cirúrgica da anca apresentam dificuldade em realizar as actividades de vida diária, tornando-se muitas vezes dependentes de outrem (*Ibidem*).

Na mesma linha de pensamento a mesma autora refere que a cirurgia à articulação da anca oferece a grande parte dos idosos a oportunidade para recuperar a função perdida e voltar a participar activamente nas suas actividades de vida diária. Contudo, o período de recuperação de 6 a 8 semanas obriga a muitas mudanças na forma como se desempenham as tarefas diárias.

Neste contexto os Enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental a desempenhar pois contribuem, para o aconselhando do modo a que os idosos se devem movimentar de forma segura durante este período, bem como indicar equipamento (ajudas técnicas) para actividades como o banho, vestir/despir e cozinhar.

4- QUALIDADE DE VIDA

Nas últimas três décadas vários foram os trabalhos que muitos estudiosos empreenderam visando melhor circunscrever a noção de Qualidade de Vida (QV). Porém, apesar da abrangência do uso do termo ainda hoje há carência de uniformidade para a definição de qualidade de vida tornando-se esta realidade passível de interrogação (Matos, 2006).

Afinal o que é a Qualidade de Vida? Qual o seu conceito e as suas envolventes? Que componentes dizem respeito à Qualidade de Vida?

“Qualidade de vida é aquilo que a pessoa considera como tal” (Twycross, 2001, p.19) Esta é uma das muitas definições existentes acerca da QV, todavia, nenhuma delas pode ser considerada certa ou errada, completa ou incompleta pois todas elas se apropriam de forma mais ou menos individual à situação de cada pessoa.

É certo que o termo QV não significa apenas uma vida fácil ou ausência de sofrimento e de luta. Pelo contrário, para um grande número de pessoas é a conquista de uma vida digna e com sentido. (Marques; Santos; Matos, 2001). Desta forma e na opinião de Twycross (2001, p.19):

“A Qualidade de vida está relacionada com o grau de satisfação subjectiva que a pessoa sente pela vida, e é influenciada por todas as dimensões da personalidade – física, psicológica, social e espiritual. Assim considera-se existir boa qualidade de vida quando as aspirações de um indivíduo são atingidas e preenchidas pela sua situação actual e opostamente, pouca qualidade de vida quando há grande divergência entre as aspirações e a situação actual”.

Ainda que não possa ser medida quantitativamente, a qualidade de vida poderá ser avaliada segundo um sistema equilibrado de indicadores. De acordo com Marques,

Santos e Matos (2001) numa antropologia científica são considerados quatro indicadores: Biológico, Psicológico, Social, e Cultural. Assim sendo, factores como a saúde, a satisfação das necessidades básicas, a solidão, a afectividade, os direitos e deveres respeitados e exigidos, a segurança e o acesso ao mundo do trabalho, à arte e à comunicação, entre outros, concorrem para a qualidade de vida do indivíduo que é resultado da interacção destes quatro indicadores.

Por sua vez, Ribeiro (2008) identifica a existência de sete pressupostos subjacentes ao conceito de QV tais como:

“a QV não é ausência de doença; manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se por uma configuração de bem-estar, que é uma dimensão auto-percebida; abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais; há uma relação sistémica entre aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais; é um processo dinâmico; só tem sentido se concebido em termos ecológicos” (cit. por Floro, 2007).

Mais recentemente e ainda de acordo com Ribeiro “as perspectivas de QV podem ser classificadas de diversas formas, sendo uma delas, a classificação em quatro grupos resultantes do cruzamento de dois eixos: um eixo que representa a QV específica de uma doença, e a QV geral; e outro que representa a QV funcional, e a QV relacionada com a percepção de bem-estar” (cit. por Floro, 2007).

O Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL]) já em 1998 tinha definido QV como “a percepção que os indivíduos têm da sua postura na vida no âmbito da cultura e dos seus sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” Defendiam ainda, que os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a QV (cit por Floro, 2007).

Apesar da idiosincrasia dos vários conceitos e da falta de unanimidade entre os estudiosos, a QV tem vindo a adquirir uma crescente importância particularmente quando aplicada aos cuidados de saúde onde “o desenvolvimento da medicina possibilitou uma maior longevidade, permitiu aumentar significativamente a esperança média de vida mesmo para indivíduos portadores de doenças crónicas”, trazendo assim implicações para o bem-estar dos indivíduos (Floro, 2007). Em jeito de síntese o mesmo autor afirma que “podemos definir QV como a percepção que um indivíduo tem da sua vida, em função de um conjunto de variáveis quer físicas, sócio-económicas que se relacionam entre si.” (Floro, 2007).

A importância e o sentido atribuído à QV segundo Ribeiro tem sido significativa e progressivamente maior quer no sistema de saúde geral, quer no sistema de saúde de cuidados específicos, onde é usualmente referida como «Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde» (Floro, 2007).

4.1- QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E VELHICE

Como pudemos verificar pela análise dos conceitos a avaliação da QV tem vindo cada vez mais a centralizar-se na saúde sob o ponto de vista da pessoa. De facto, a mesma está relacionada com um sentimento subjectivo de bem-estar pois tal como nos advoga Ribeiro e Downie et al. "... a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela saúde é o próprio indivíduo, visto que não é possível alguém medir adequadamente o bem-estar de outra pessoa" (cit. por Amorim e Coelho, 2007). A definição de saúde, tal como a de outras componentes humanas, tem merecido grande destaque e evolução ao longo das épocas dada a extrema complexidade que abrange a sua realidade. Todavia, mais recentemente Coelho (2007) advertiu para o facto da "saúde ser uma encruzilhada na qual confluem uma série de factores de índole variada: factores individuais, colectivos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos, políticos (políticas económicas, sociais), entre outros (cit. in Imaginário, 2004).

Face à extensão e amplitude deste conceito torna-se inviável e delicado o desenvolvimento de instrumentos de avaliação suficientemente abrangentes, daí a necessidade de se focalizar nos aspectos mais estritos da saúde conduzindo então ao surgimento do tema QV relacionada com a saúde. Neste sentido Vecchia et al. defendem o pressuposto que "o termo qualidade de vida para a população idosa, encontra-se em primeiro lugar relacionado com hábitos saudáveis, lazer e bens materiais; em segundo lugar, os relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde e por fim espiritualidade, trabalho, rectidão e caridade, conhecimento e ambientes (Oliveira, 2006).

Porém, de acordo com Varanda e Freitas "quer o processo de envelhecimento em si, quer a prevalência das doenças crónicas, levam a que as condições físicas dos idosos não sejam geralmente as melhores, provocando-lhes sofrimento e incapacidade funcional (Imaginário, 2004, p.53). Por esse motivo segundo Imaginário (2004) existe uma preocupação manifesta por parte dos gerontologistas em encontrar indicadores fiáveis de QV, realizada e percebida pelos idosos, dando especial ênfase à percepção que os mesmos têm da sua saúde e do seu bem-estar. Neste âmbito Lawton adverte que a ..." QV na velhice pode ser definida como a avaliação multidimensional referenciada a critérios sionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu meio ambiente" (cit. in Silva, 2009) Nesta linha de pensamento as condições ambientais dizem respeito ao contexto físico, ecológico e ao construído pelo homem que influencia a competência adaptativa (emocional, cognitiva e comportamental) e lhe

dá portanto as bases. Assim, a qualidade de vida percebida, reflecte a avaliação da própria vida, influenciada pelos valores que o indivíduo foi agregando e pelas expectativas pessoais e sociais.

Por toda esta ampla dimensão da QV, para Campos “é fundamental efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos” o que significa dizer que apenas uma abordagem biomédica não é suficiente pois urge sem dúvida envolver a saúde do idoso numa abordagem holística. Esta pressupõe uma “avaliação exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sócio-familiar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os factores que promovem a saúde”. Esta ideologia é fundamental uma vez que não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a QV ou a vida do idoso mas sim a sua autonomia e independência ” (cit. in Imaginário, 2004).

4.2- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Um instrumento de avaliação da QV avalia principalmente as manifestações de uma doença e/ou como os seus tratamentos ou atitudes terapêuticas são vivenciadas pelo doente, dando especial atenção aos instrumentos que se baseiam na auto-satisfação de sentimentos, comportamentos e atitudes (Carvalho, 2002).

Segundo López a avaliação da QV tornou-se numa «ferramenta» de interesse crescente no âmbito das tomadas de decisão de medidas das Políticas de Saúde e do planeamento dos Cuidados de Saúde, bem como nas decisões clínicas. Os estudos assentes na QV são de ampla utilização pois aplicam-se na prática clínica, na investigação, na avaliação económica e mesmo na monitorização da saúde das populações (Carvalho, 2002).

Perante todas estas particularidades, torna-se então fundamental que a avaliação objectiva da situação do doente seja complementada com a informação subjectiva do próprio doente, emergindo dessa avaliação a QV como um dos critérios essenciais e de importância crescente associado aos indicadores clínicos tradicionais. Segundo López (cit. in Carvalho 2002) “a informação fornecida por uma avaliação da QV na prática diária, pode ajudar-nos a conhecer melhor os doentes e ajudar nas medidas a colocar em prática, além de melhorar potencialmente, a relação que se estabelece entre o técnico de saúde e o doente. Todavia, um dos obstáculos encontrados na avaliação da QV é a dificuldade de a medir quantitativamente uma vez que se trata de um conceito subjectivo. No entanto, as teorias psicométricas podem

auxiliar na obtenção de informação subjectiva por meio de instrumentos de medida que sejam rigorosamente construídos e testados quanto à sua fiabilidade, sensibilidade, especificidade e validade (*Ibidem*).

Para Donovan (cit. por Carvalho, 2002) as características que definem um bom instrumento de medida da QV dizem respeito a ser: fiável à questão de saúde que se pretende avaliar; válido no sentido de ser capaz de medir aquelas características que se pretendem medir e não outras; específico referindo-se ao mínimo erro de medida; sensível sendo capaz de detectar mudança tanto em diferentes indivíduos, como no que se refere à resposta de um mesmo indivíduo ao longo o tempo; basear em dados fornecidos pelos próprios doentes e adequar-se aos doentes, profissionais de saúde e investigadores.

Face à pesquisa por nós efectuada, os instrumentos que utilizámos neste estudo é a versão portuguesa para a avaliação da Qualidade de Vida no Idoso submetido foi medida recorrendo a uma escala efectivamente validada em Portugal, a Medical Outcomes Study, 36 (MOS SF-36). “ Escala da Avaliação da Qualidade de Vida”.