

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QUALIDADE DE VIDA

**CSBJ
Braga**

12-07-2013

Ermelinda Macedo

Definições de QDV, na primeira metade do século XX

- Associadas a uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais

Na segunda metade do século XX

- Associada a dimensões mais amplas, como está patente no discurso de Lyndon Johnson (1964)

o progresso social não podia ser medido através do saldo dos bancos mas através da qualidade de vida proporcionada às pessoas.

O interesse das diversas disciplinas na QDV em muito se deve à sua **multidimensionalidade**, ao seu poder **heurístico** e ao seu valor **pragmático** (Canavarro, 2010)...

... mas que pelos seus diferentes usos e interpretações, torna o conceito **ambíguo** (Quartilho, 2010).

(WHOQOL-Group)

Início em 1991.

Objetivos:

- Definir o conceito
- Construção de um instrumentos de medida

(WHOQOL-Group)

Qualidade de Vida

- **percepção** do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações

(Fleck et al., 1999a; Fleck et al., 1999b, 2000; Rapley, 2003; WHOQOL Group, 1995, 1998).

QDV COMO UM INDICADOR DE RESULTADO EM SAÚDE

Melhorar a QDV das pessoas deve ser um **objetivo intrínseco** de qualquer intervenção da saúde e a **justificação ética** para a existência da psiquiatria e de todas as especialidades da saúde

(Berlim & Fleck, 2003)

Na investigação em psiquiatria, a QDV é uma importante medida de resultado para **podermos aferir medidas de intervenção**. Uma das razões é o reconhecimento de que a predominância das clássicas medidas de resultado, como a mortalidade e a morbilidade, não é suficiente para melhorarmos as intervenções em saúde
(Masthoff et al., 2006)

Acreditamos, tal como Renzi, Tabolli, Picardi, Abeni, Puddu, & Braga (2005) que, a fim de **melhorar a QDV** das pessoas, temos de identificar entre os fatores associados a melhor qualidade de vida, **aqueles que podem ser modificados por profissionais de saúde ou pelo sistema de saúde.**

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA QDV

WHOQOL-100

- Composto por seis domínios
 - físico
 - psicológico
 - nível de independência
 - relações sociais
 - ambiente e
 - aspetos espirituais/religião/crenças pessoais.

- Cada domínio é composto por facetas, num total de 24 facetas específicas e uma de QDV Geral
- A versão Portuguesa tem 25 facetas (Poder político)

WHOQOL-Bref

- Composto por quatro domínios
 - físico
 - psicológico
 - relações sociais
 - ambiente

- Cada domínio é composto por facetas, num total de 24 facetas específicas e uma de QDV Geral

(Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006).

WHOQOL-Bref

Domínio Físico

- Q 3. Dor e desconforto
- Q 4. Dependência de medicação ou tratamentos
- Q 10. Energia e fadiga
- Q 15. Mobilidade
- Q 16. Sono e repouso
- Q 17. Atividades da vida diária
- Q 18. Capacidade de trabalho

WHOQOL-Bref

Domínio Psicológico

Q 5. Sentimentos positivos

Q 6. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais

Q 7. Pensamento, aprendizagem, memória e
concentração

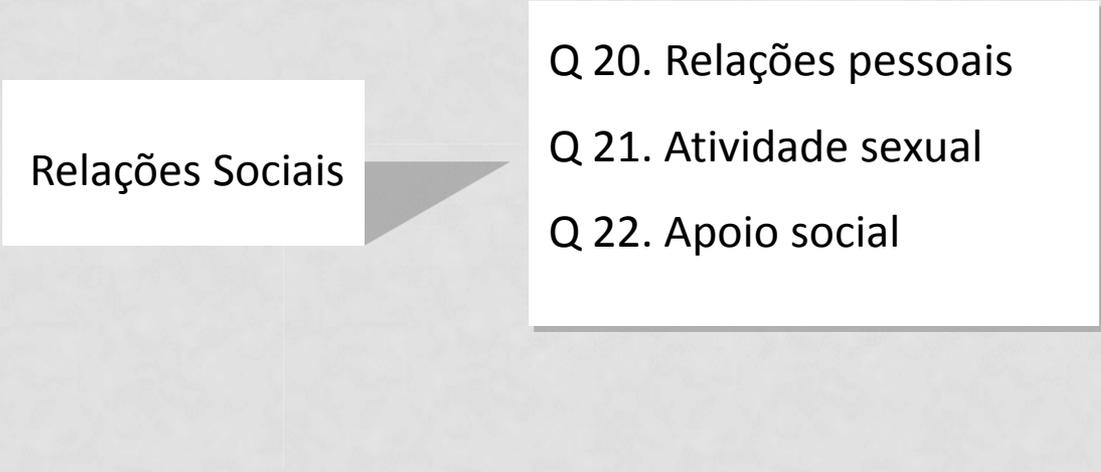
Q 11. Imagem corporal e aparência

Q 19. Autoestima

Q 26. Sentimentos negativos

WHOQOL-Bref

Relações Sociais



```
graph LR; A[Relações Sociais] --> B["Q 20. Relações pessoais<br/>Q 21. Atividade sexual<br/>Q 22. Apoio social"]
```

Q 20. Relações pessoais

Q 21. Atividade sexual

Q 22. Apoio social

WHOQOL-Bref

Ambiente

Q8. Segurança física

Q 9. Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima)

Q 12. Recursos económicos

Q13.Oportunidades para adquirir novas informações e competências

Q 14. Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer

Q 23. Ambiente no lar

Q24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

Q 25. Transportes

A importância das narrativas

- *O atraso no processo de vida e o comboio regional*
- *Quem, nesta vida, sofre a dobrar, a triplicar...*
- *A ideia de não suportar a solidão*
- *A tristeza que tentou isolar-me*
- *A linha de comboio parecia a solução... A impotência na vida de Luísa*
- *Já me levanto a pensar em me deitar...*
- *Não tenho amigos...não tenho...vivo pelos filhos...*
- *Era uma alegria que não cabia dentro de mim...é uma aflição*
- *Este aperto que não me larga...*
- *A minha vida foi sempre assim...*

➤ 4 ideias fundamentais:

1ª: A QDV é um conceito mensurável, heurístico e multidimensional.

2ª: As narrativas das pessoas devem ser tidas em conta dado que podem não ser suscetíveis de avaliação através do instrumento utilizado.

3ª: As estratégias devem ser individuais.

4ª: As estratégias devem ser dirigidas aos domínios que exigem mais a nossa intervenção por apresentarem scores mais baixos.

➤ 1 ideia fundamental para a recuperação pessoal

o percurso para a recuperação pessoal é, como o próprio termo indica, pessoal e único, ou seja, é um processo individual. A melhor forma de apoiar a recuperação pessoal do indivíduo varia de pessoa para pessoa.

Mike Slade (2009)

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Apoiando-nos na abordagem de Calman (1984) consideramos que a abordagem para redefinição da qualidade de vida deve **ser individual**, constante no plano terapêutico de cada um. Sugere-se uma abordagem pragmática para a definição da qualidade de vida e sua alteração ou revisão e avaliação que pode ser desenvolvida em **quatro** etapas:

- **Avaliação** – a própria pessoa lista os seus problemas e prioridades estimando as dificuldades, tendo em conta todos os aspetos da vida.
- **Desenvolvimento** de um plano para melhorar a qualidade de vida, com plena participação da pessoa em causa.
- **Implementação** das ações identificadas para satisfazer as necessidades específicas.
- **Avaliação** dos resultados da intervenção e revisão das metas estabelecidas.

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Físico

- Q 3. Dor e desconforto
- Q 4. Dependência de medicação ou tratamentos
- Q 10. Energia e fadiga
- Q 15. Mobilidade
- Q 16. Sono e repouso
- Q 17. Atividades da vida diária
- Q 18. Capacidade de trabalho

- Dar a devida importância ao ciclo sono/vigília promovendo momentos de atividade diária e promover intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente baseadas no relaxamento.
- Promover momentos de exercício físico durante o dia.
- Promover oportunidades de participação em atividades de vida diária, promovendo neste campo, também o autocuidado.
- Monitorizar a adesão ao regime farmacológico prescrito.
- Descentralizar (com as devidas precauções) a atenção exagerada da dependência da medicação, promovendo uma atitude de autogestão de outros aspetos que podem fazer parte do regime terapêutico.
- Proporcionar trabalho baseado nos pontos fortes/competências, nas esperanças e sonhos.

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Físico

Q 3. Dor e desconforto
Q 4. Dependência de medicação ou tratamentos
Q 10. Energia e fadiga
Q 15. Mobilidade
Q 16. Sono e repouso
Q 17. Atividades da vida diária
Q 18. Capacidade de trabalho

- **Valorizar e orientar o cliente na avaliação e tomada de decisão relacionada com a sua saúde mental e regime terapêutico a seguir, baseado em características individuais, tais como cultura, etnicidade, género, crenças, idade, problemas de saúde mental.**
- **Ensinar a pessoa a identificar sinais e sintomas de recaídas**

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Psicológico

Q 5. Sentimentos positivos
Q 6. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
Q 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Q 11. Imagem corporal e aparência
Q 19. Autoestima
Q 26. Sentimentos negativos

- Solicitar à pessoa que fale sobre as suas experiências e objetivos de vida.
- Os profissionais devem encorajar a espiritualidade.
- Disponibilizar o acesso a experiências espirituais, como a bíblia, culto religioso ou a recursos on-line.
- Promover momentos de trabalhar a imagem corporal e aparência.
- Promover exercícios de desenvolvimento do pensamento, aprendizagem, memória e concentração (de forma contínua).
- Promover exercícios de promoção de autoestima (perceber a razão da diminuição da autoestima, procurar com a pessoa recursos internos e externos que ajudem a promover a autoestima...).
- Ensinar a pessoa a identificar sinais e sintomas de recaídas.
- Reconhecer as habilidades da pessoa para a sua reabilitação psicossocial

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE QDV

Domínio Psicológico

Q 5. Sentimentos positivos
Q 6. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
Q 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
Q 11. Imagem corporal e aparência
Q 19. Autoestima
Q 26. Sentimentos negativos

- Promover a autorresponsabilização da pessoa pelo processo de reabilitação psicossocial.
- Encorajar as pessoas a ajudarem os outros.
- Criar condições de acesso a experiências que gerem prazer.
- Ampliar o sucesso pessoal e fomentar a integração de experiências positivas na identidade pessoal.
- Explorar o historial das estratégias de *coping* utilizadas no passado.
- Promover o envolvimento familiar no processo terapêutico.

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Relações Sociais

Q 20. Relações pessoais

Q 21. Atividade sexual

Q 22. Apoio social

- Apoiar os relacionamentos pessoais, nomeadamente o relacionamento entre pares – Grupos de auto ajuda.
- Distribuir às pessoas informação escrita sobre a recuperação pessoal e como estas fatores interferem nessa recuperação.
- Valorizar a sexualidade, explorando a satisfação com a sua atividade sexual.
- Proporcionar a familiarização com os recursos eletrónicos.
- Valorizar o relacionamento com os profissionais de saúde (parceria – reciprocidade).
- Avaliar Suportes Sociais (de relacionamentos).
Quem é que o(a) apoia em momentos de crise? Quem é que você apoia?
- Informar sobre acesso a redes de suporte social.
- Promover o envolvimento familiar no processo terapêutico.

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

Ambiente

Q 8. Segurança física
Q 9. Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima)
Q 12. Recursos económicos
Q 13. Oportunidades para adquirir novas informações e competências
Q 14. Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer
Q 23. Ambiente no lar
Q 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
Q 25. Transportes

- Avaliar a mestria sobre o ambiente circundante.
- Disponibilizar informação sobre os recursos sociais e de saúde existentes.
- Fomentar a familiarização com os recursos eletrónicos.
- Fornecer o apoio social possível.
- Fomentar mudanças ambientais facilitadoras da reinserção social.
- Fomentar o esclarecimento sobre aspetos importantes que a família deve saber, para poder ser um verdadeiro parceiro nos cuidados.

Afaf Meleis

Indicadores de processo:

1. Sentir-se ligado (sentir e contar com novos apoios e continuar com os antigos...).
2. Interagir (através da interação com os profissionais, familiares e os amigos mais facilmente o significado da transição e os comportamentos são integrados).
3. Localizar-se e estar bem situado (fazer comparações entre a vida, as relações, as experiências, as práticas...antes e durante a experiência da transição).
4. Desenvolver confiança e mecanismos de *coping* (desenvolver confiança significa: o grau de compreensão relativamente ao diagnóstico (por exemplo) melhorou, o grau de compreensão relativamente a recursos a utilizar melhorou...).

Indicadores de resultado:

- 1. Mestria** - refere-se à necessidade de desenvolver novas habilidades e comportamentos para gerir o processo de transição: a necessidade de desenvolver competências na monitorização e interpretação de sinais e sintomas, tomar decisões, providenciar ações, acesso aos recursos, capacidades instrumentais, trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde...
- 2. Integração fluida da identidade** - a experiência da transição resulta na reformulação da identidade que leva a uma melhor adaptação. A integração de novos comportamentos, novas experiências, novos contextos culturais, económicos, sociais e políticos, novas competências, transformam a identidade, promovendo melhores condições para que a experiência de transição seja saudável.

Para refletirmos....

Tudo o que se vai produzindo e vivenciando não deve ser analisado em separado

As estratégias de promoção de QDV estão relacionadas com:

- o processo de recuperação pessoal e clínico (recovery)
- as estratégias de redução do estigma existentes relativamente à pessoa com doença mental
- a legislação que se pretende que vigore em Portugal (que pode facilitar ou dificultar o processo de recuperação centrada na pessoa com doença mental abandonando o poder paternalista do profissional de saúde
- o Regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010)
- a adesão ao regime terapêutico nas doenças crónicas (WHO, 2003)

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QDV

- os modelos de saúde/doença. O que se preconiza com as políticas é que seja utilizado um **efetivo modelo holístico**, modelo **integrador** em que a pessoa tem **autonomia** sobre o seu estado de saúde, abandonado, desta forma, os modelos paternalistas (biomédico e biopsicossocial)
- os modelos teóricos que vão surgindo pela investigação
- a conjuntura nacional que pede (obriga) que façamos o melhor e que não fornece condições que favoreçam esse trabalho, nomeadamente recursos humanos para que possamos trabalhar com as pessoas individualmente e de forma contínua
- a formação e motivação dos profissionais às vezes comprometida por fatores externos
- as barreiras que vamos encontrando neste contexto para fazer investigação. O acesso às amostras clínicas não é fácil (sigilo profissional, o compromisso – contrato, os registos...)

Repetindo o slide nº 8

Acreditamos, tal como Renzi, Tabolli, Picardi, Abeni, Puddu, & Braga (2005) que, a fim de **melhorar a QDV** das pessoas, temos de identificar entre os fatores associados a melhor qualidade de vida, **aqueles que podem ser modificados por profissionais de saúde ou pelo sistema de saúde.**

Independentemente destas razões estamos certos que vamos fazendo o nosso melhor. A ética profissional prevalece.

A pessoa com doença mental MERECE!

Bibliografia:

- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 3-18). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, (2010) WHOQOL-HIV disponível para Portugal: desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 249-252.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., & Vieira, G. (1999a). Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Decreto – Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro –I. Diário da República nº 19 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa. (Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental - Rede de Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental).
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos, L. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 32, 198-205.
- Lei nº 36/98 de 24 de Julho. Diário da República nº 169 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa. (Lei de Saúde Mental).
- Masthoff, E., Trompenaars, F., Van Heck, G., Hodiamont, P., & De Vries, J. (2006). Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*, 76 (2), 165-184.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Quartilho, M. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa?. In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra (Eds), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Renzi, C., Tabolli, S., Picardi, A., Abeni, D., Puddu, P., & Braga, M. (2005). Effects of patient satisfaction with care on health-related quality of life: a prospective study. *European Academy of Dermatology and Venereology J EADV*, 19, 712-718.

- Rijo, D., Canavarro, M.C., Pereira, M., Simões, M., Vaz Serra, A., & Quartilho, M. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: o processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 25-30.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 06 de Março. Diário da República n.º 47 – I Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa. (Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental - 2007-2016 e cria a Coordenação Nacional para a Saúde Mental) .
- Slade, M. (2009). 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental, trad. M. Cruz, revisão E. Gonçalves e M. Ferraz, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.
- World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action, Geneva, WHO. Acedido em 6 Novembro, 2012. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- WHO Group (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403-1409.
- WHO Group (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 12, 1569-1585.

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA QUALIDADE DE VIDA

MUITO OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

**CSBJ
Braga**

12-07-2013

Ermelinda Macedo