

Mara Abrantes

Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

IPV - ESSV | 2018



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Mara Lina Silva Abrantes

Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Janeiro de 2018

Mara Lina Silva Abrantes

Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Relatório Final

5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins

Janeiro de 2018

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste trabalho muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. A todas elas gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutora Rosa Martins, minha Orientadora, pelo profissionalismo, sabedoria, encorajamento, disponibilidade e inestimável apoio.

Ao Professor Doutor João Duarte, agradeço a sua prestimosa ajuda no tratamento estatístico, sem o qual não teria conseguido terminar este trabalho.

A todos os doentes da Associação de Beneficência Popular de Gouveia, por se terem disponibilizado a responder aos questionários, sem os quais este trabalho não teria sido exequível.

Uma palavra de agradecimento, aos meus pais, pelos ensinamentos transmitidos ao longo da minha vida, pelos princípios de honestidade, trabalho e dedicação.

E, por fim, mas não menos importante um reconhecimento especial à Cátia, Bárbara e Inês pelo companheirismo e amizade durante todo este percurso.

A todos aqueles que não estão denominados nesta página, mas que contribuíram para a realização desta dissertação.

Muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: A avaliação da Qualidade de Vida (QV) dos doentes é absolutamente fundamental no sentido de conhecer os problemas que interferem no seu bem-estar, sendo a sua pertinência reforçada nos doentes internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Objetivos: Identificar a QV dos doentes internados na RNCCI e os fatores determinantes nessa QV.

Métodos: Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto de 50 doentes internados na RNCCI. O instrumento de recolha de dados foi um questionário com questões de caracterização sociodemográfica, Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), Escala Visual Analógica – EVA e o WHOQOL-BREF (Grupo WHOQOL, 1998).

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por mulheres (62,0%), com uma média de 75,22 anos \pm 14,012. As mulheres apresentam maior dependência nas AVD (M=50,32 \pm 29,60); 66,0% apresentam dor com intensidade leve. Os doentes revelam uma QV global razoável (M=55,50 \pm 17,15), sendo esta mais elevada nos *domínios das relações sociais* (M=58,83 \pm 10,56) e *ambiente* (M=53,75 \pm 7,93), com o valor mais baixo obtido no *domínio físico* (M=36,66 \pm 15,49), resultando em diferença estatisticamente significativa no *domínio físico* (p=0,001), *domínio das relações sociais* (p=0,000) e na QV global (p=0,000). As habilitações literárias, o agregado familiar e o nível de independência para a realização das AVD interferiram estatisticamente na perceção da QV. Os doentes com habilitações literárias superiores percecionam mais positivamente a sua QV, particularmente no *domínio relações sociais* (X²=6,401; p=0,041); os que vivem sozinhos percecionam mais positivamente a sua QV em todos os domínios, principalmente no *domínio ambiente* (X²=158,000; p=0,011); os doentes independentes percecionam melhor a sua QV, sobretudo no *domínio físico* (X²=22,498; p=0,000), resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV (p<0,05), à exceção do *domínio das relações sociais* (p=0,054).

Conclusões: Na globalidade, a amostra estudada revela uma qualidade de vida razoável (M=55,50 \pm 17,15), percecionada de forma mais positiva nos *domínios das relações sociais* e *ambiente*. Constituem-se como variáveis preditoras de QV, o sexo, a idade, o estado civil, o agregado familiar, o nível de independência para as AVD e a intensidade da dor.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Doente; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Abstract

Background: The evaluation of Quality of Life (QoL) of the patients is absolutely fundamental in the sense of knowing the problems that meddle in their well being, being it's relevance reinforced in the patients being taken care for in the "Integrated National Continuing Care NetWork" (INCCN).

Objectives: Identify the QoL of the patients being taken care for in the INCCN and the determining factors in that QoL.

Methodology: Quantitative study, with cross-cut, analytical-correlational descriptive. The data were gathered among 50 patients being taken care for in the INCCN. The instrument of data collection was a questionnaire with questions of social-demographic characterization, Index of Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), Analogic Visual Scale – AVS and the WHOQOL-BREF (Group WHOQOL, 1998).

Results: The sample is mostly constituted by women (62,0%), with an average of 75,22 years old \pm 14,012. Women are more dependent on ADL (M=50,32 \pm 29,60); 66,0% show pain with mild intensity. Patients reveal a reasonable QoL (M=55,50 \pm 17,15), this being higher in the domains of social relations (M=58,83 \pm 10,56) and environment M=53,75 \pm 7,93), and lower in the physical domain (M=36,66 \pm 15,49), resulting in a statistically significant difference in the physical domain (p=0,001), social-relations domain (p=0,000), and overall QoL (p=0,000). The literacy qualifications, the household and the level of independence for the performance of the ADL interfered statistically in the perception of the QoL. Patients with higher educational qualifications perceive their QoL more positively, particularly in the social-relations domain (X²=6,401; p=0,041); those who live alone perceive their QoL more positively in all domains, especially in the environment domain (X²=158,000; p=0,011); the independent patients perceive their QoL better, especially in the physical domain (X²=22,498; p=0,000), resulting in statistically significant differences in all domains of QoL (p<0,05), with the exception of the social-relations domain (p=0,054).

Conclusion: In all, the sample studied revealed a reasonable QoL (M=55,50 \pm 17,15), perceived more positively in the social-relations and environment domains. Sex, age, marital status, household, level of independence for ADL and intensity of pain are predictive variables of QoL.

Keywords: Quality of Life (QoL); Patient; Integrated National Continuing Care NetWork (INCCN)".

SUMÁRIO

Pag.

Lista de figuras	I
Lista de tabelas	III
Lista de quadros	V
Lista de siglas	VII
Introdução	19
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. Qualidade de Vida	25
1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	28
1.2. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida	30
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	33
3. Estado da Arte	37
II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	41
1. Metodologia	43
1.1. Questão de Investigação	43
1.2. Tipo de Estudo	43
1.3. Objetivos	44
1.4. Variáveis	44
1.5. Hipóteses	45
1.6. População e amostra	46
1.7. Procedimentos e questões éticas	46
1.8. Instrumento de colheita de dados	47
1.9. Análise de dados	53
2. Resultados	57
2.1. Análise descritiva	57
2.2. Análise inferencial	67
3. Discussão	79
3.1. Discussão metodológica	79
3.2. Discussão dos resultados	80
4. Conclusão	85
Referências bibliográficas	89
ANEXOS	97
Anexo I - Pedido de parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	99

Anexo II - Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	101
Anexo III - Pedido de autorização aos autores da escala WHOQOL-BREF	103
Anexo IV - Autorização para utilização da escala WHOQOL-BREF	105
Anexo V - Pedido de autorização para a colheita de dados na ABPG	107
Anexo VI - Autorização para a colheita de dados na ABPG	109
Anexo VII - Instrumento de colheita de dados	111

Lista de figuras

Figura 1 – Domínios e facetas da WHOQOL-BREF.....	32
Figura 2 – Modelo conceptual da relação prevista entre as variáveis estudadas.	45
Figura 3 – Escala Visual Analógica (EVA).....	49

Lista de tabelas

Tabela 1 - Classificação da dor.	49
Tabela 2 - Consistência interna dos itens da WHOQOL-BREF.	52
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos participantes.	57
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo dos participantes.	58
Tabela 5 – Dados sobre níveis de funcionalidade nas AVD em função do sexo dos participantes.	60
Tabela 6 - Estatísticas relativas à avaliação do desempenho nas AVD dos participantes–Índice de Barthel.	61
Tabela 7 - Estatísticas relativas à avaliação da dor dos participantes.	61
Tabela 8 – Intensidade da dor em função do sexo dos participantes.	62
Tabela 9 – Dados relativos à QV dos participantes.	65
Tabela 10 - Estatísticas relativas à QV dos participantes.	67
Tabela 11 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o sexo e a QV dos participantes.	68
Tabela 12 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a idade e a QV dos participantes.	68
Tabela 13 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o estado civil e a QV dos participantes.	68
Tabela 14 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a ocupação e a QV dos participantes.	69
Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para a relação entre as habilitações literárias e a QV dos participantes.	69
Tabela 16 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o agregado familiar e a QV dos participantes.	70
Tabela 17 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a zona de residência e a QV dos participantes.	70
Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre o nível de independência para a realização das AVD e a QV dos participantes.	71
Tabela 19 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a intensidade da dor a QV dos participantes.	71
Tabela 20 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio físico.	72
Tabela 21 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio físico.	73
Tabela 22 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio psicológico.	73
Tabela 23 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio psicológico.	74
Tabela 24 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio das relações sociais.	75
Tabela 25 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio das relações sociais.	75
Tabela 26 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio ambiente.	76
Tabela 27 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio ambiente.	77

Tabela 28 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e a QV global.	77
Tabela 29 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e a QV global.....	78

Lista de quadros

Quadro 1 – Pontos de corte do Índice de Barthel.....	48
--	----

Lista de siglas

ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral da Saúde

EVA - Escala Visual Analógica

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

RNCCI ou Rede- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-BREF- Instrumento abreviado de avaliação de Qualidade de Vida

Introdução

A Qualidade de Vida (QV), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à “perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1403). Consiste, na perspetiva de Pinheiro (2016), na perceção que a pessoa tem no que se refere à sua posição na vida, no contexto onde está inserido, tendo em consideração os seus objetivos, expectativas, perspectivas de vida, relações sociais e culturais.

O conceito de *qualidade de vida* não é consensual e tem divergido ao longo do tempo merecendo particular atenção sobretudo quando se trata de idosos, uma vez que implica uma relação entre a QV (nas suas diferentes dimensões) e o próprio envelhecimento.

Silva (2011) salienta que é muito importante a maneira como a pessoa se preocupa com a sua saúde, com o seu bem-estar e a forma como enfrenta o próprio processo de envelhecimento como uma etapa da vida. A mesma autora refere também que, a visão de QV passa pela promoção e prevenção da saúde e autonomia e pela capacidade que a pessoa possui para realizar as atividades de vida diária (AVD), sendo esta uma das variáveis primordiais para a satisfação e QV da pessoa.

Com efeito, a QV e saúde correlacionam-se, ligando-se profundamente ao bem-estar pessoal. De acordo com Feliz (2012), a saúde de cada pessoa assume-se também como uma variável essencial para a aquisição da QV em termos gerais.

A autora supracitada refere ainda que, a QV se associa ao estudo da saúde, sobretudo no que se refere às situações em que acontecem transformações nas condições físicas dos sujeitos (tratamentos, cirurgias e reabilitação), o que se torna pertinente para a medição dos resultados em saúde. O interesse pela QV surgiu então, perante a necessidade de avaliação do impacto, quer ao nível físico, quer psicológico, que a incapacidade, as doenças e o seu tratamento podem provocar.

Por conseguinte, a avaliação da QV começa a fazer parte integrante da prática clínica com o objetivo de mensurar os problemas que interferem no bem-estar e na vida dos doentes. Na perspetiva de Feliz (2012), a QV consiste num importante resultado para o estudo do bem-estar das pessoas.

Desta forma, surge a Reabilitação como processo fundamental, dado que possui competências para prestar, para além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A sua atuação tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que evidenciam níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, vertidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº122/2011).

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação procura, prevenir e/ou retardar o agravamento da situação de dependência da pessoa, promovendo a sua autonomia, a adaptação à sua nova condição de vida e a reinserção social e familiar, tendo como principal objetivo fomentar a dignidade e QV da pessoa, resultando em ganhos em saúde significativos (Regulamento n.º 125/2011).

Por sua vez, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) tem como propósito a prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, tendo como finalidade a sua recuperação, manutenção e autonomia, maximizando a QV. (RNCCI, 2009). Os cuidados pluridimensionais, prestados pela Rede são orientados para a promoção da qualidade de vida dos doentes institucionalizados.

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação integrado nas equipas das unidades da RNCCI desempenha um papel *pivot*, determinante no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar, potenciando o seu desenvolvimento.

No entanto, a cooperação entre todos os profissionais que exercem em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) deve perfilhar a capacidade e inteligência global dos utentes, tendo em vista: “um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psico-socio-culturais e espirituais de cada utente; e a construção de uma linguagem comum, uma metalinguagem facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar” (Direção-Geral da Saúde, 2007, p.6).

Sabendo-se que a profissão de enfermagem é particularmente prática, enraizada na ação, tendo um forte vínculo ao fazer, indissociável da forma como está organizado o trabalho do enfermeiro (Hesbeen, 2000) e, fazendo-se referência a Fortin (2009, p.49) “os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte de domínios a explorar”.

Tendo por base estes pressupostos, decidimos enveredar pelo estudo intitulado de “Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados”, no sentido de avaliar níveis e determinantes da QV em doentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da Associação de Beneficência Popular de Gouveia (ABPG).

Acreditamos que o estudo subordinado ao tema QV dos doentes internados na RNCCI assume extrema importância uma vez que se pretende prestar cuidados multidimensionais orientados para a promoção da QV com ênfase na reabilitação, na afirmação da autonomia e na participação dos doentes e seus familiares.

Consideramos uma temática pertinente e atual que ajuda a considerar o doente em todos os seus domínios. Nesta linha de pensamento, pretendemos alcançar os seguintes objetivos:

- Caraterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
- Identificar níveis de QV dos doentes internados na RNCCI;
- Analisar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QV dos doentes internados na RNCCI;
- Determinar predictibilidade de algumas variáveis independentes na QV dos participantes.

Assim este documento está organizado em duas partes. Na primeira é explanado o enquadramento concetual, que serve de base ao estudo, onde se apresenta a definição de QV, fazendo-se alusão aos instrumentos de avaliação da QV. Tem lugar igualmente a abordagem à QV relacionada com a saúde, seguindo-se uma definição de RNCCI, tendo em conta todas as suas valências e objetivos.

Na segunda parte, estudo empírico, que integra diferentes capítulos, apresentam-se as opções metodológicas, os resultados (análise descritiva e inferencial) e por fim, a discussão dos resultados tendo por base a bibliografia consultada. No final, são explanadas as conclusões onde constam as implicações práticas do estudo.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Qualidade de Vida

A QV é um conceito do senso comum, porém trata-se de um termo vago e subjetivo. Essa popularidade contribuiu para dificultar a sua definição de forma concreta e objetiva, influenciando a sua mensuração.

O termo QV surge nos anos 60, pela necessidade de superar a concepção existente uma vez que estava associada à noção de bem-estar apenas relacionada com aspetos económicos. A definição de QV tem caráter cada vez mais complexo e abrangente, acompanhando a evolução da sociedade, associando para além da sua dimensão económica os aspetos culturais e sociais (Dasil, 2004).

Na mesma linha de pensamento os fundamentos reiteram-se quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, transmite que a QV é a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objetivos de vida, relações sociais e perspetivas de vida (Silva, 2011).

Paschoal (2010) refere que a QV consiste na percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, em conformidade com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Na perspetiva de Silva (2011), QV trata-se de uma expressão utilizada com muita frequência, de um modo indiscriminado, independentemente da cultura e da classe social a que pertencem, dependendo muito do imaginário e das circunstâncias.

De acordo com Rua (2012, p.26) “a qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores, individuais e coletivos”.

Sabemos que o seu conceito não reúne a concordância de todos os autores, no entanto, apesar das diferenças e das várias perspetivas, existe uma certa analogia. Uns insistem no bem-estar económico, outros no sucesso e há ainda quem valorize o desenvolvimento cultural ou os valores éticos. Trata-se de um conceito multidimensional, extremamente ambíguo e amplo, que vai para além do estatuto económico ou social, a que durante muito tempo esteve associado (Twycross, 2013). No entanto, parece ser consensual que conceito de QV é interpretado sob a perspetiva do bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspetos económicos, sociais e políticos.

De acordo com Diniz e Schor (2006), a referência à QV numa discussão clínica é natural e necessária, mas, dado que o conceito pode ser usado em muitos sentidos, a sua invocação pode provocar confusão e, assim, devem fazer-se algumas distinções: i) o julgamento de uma má QV pode ser feito por aquele que a vive ou por um observador. Acontece frequentemente que as vidas que os observadores consideram como de má qualidade são vividas bastante satisfatoriamente pelos próprios; b) uma má QV pode significar de um modo geral que as experiências do doente ficam aquém do padrão que o próprio considera como desejável; c) a avaliação da QV, tal como a própria vida, muda ao longo do tempo; d) a avaliação pode refletir um enviesamento e um preconceito; e) a avaliação pode refletir condições socioeconómicas em vez da vida experimentada pelo doente. Cada pessoa é única e as suas necessidades variam, resultando numa valorização diferente daquilo que se considera ser mais significativa.

A QV de uma população depende das suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade, entre outros fatores. Importa, neste âmbito, salientar que o conceito de bem-estar e de QV variam de sociedade para sociedade, em conformidade com cada cultura (Silva, 2011).

Para Browne et al (1994) referenciados por Beckert, Irigaray, & Trentini (2012, p.156) definem QV como “uma interação dinâmica entre as condições externas da vida de um indivíduo e a perceção interna dessas condições”. Os mesmos autores referenciam que a QV se relaciona com a maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Engloba aspetos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, em situações muito variadas.

Pode ser percebida como um conjunto de significados e de estados, nomeadamente: o bem-estar físico, mental, psicológico, social (família, amigos, saúde, educação entre outros); o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente onde se vive. Deste modo, trata-se de um conceito que varia de autor para autor, sendo subjetivo e que está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada pessoa (Beckert, Irigaray, & Trentini, 2012).

A QV apresenta desta forma caráter subjetivo, relacionado com os sentimentos de satisfação e perceção da saúde, e caráter multidimensional, englobando aspetos como a interação com o meio, a funcionalidade e a capacidade cognitiva.

Nesta medida para a promoção de QV, tem de se ter em conta determinados pressupostos subjacentes ao conceito: a QV não é ausência de doença, manifesta-se a nível do bem-estar e da funcionalidade; define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida e abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais. Salienta-se que estes aspetos são da mesma realidade e não de realidades diferentes, ou seja, há uma relação sistémica entre eles. A QV é um processo dinâmico, que só tem sentido se avaliada e se concebida em termos ecológicos (Paschoal, 2011).

Irigaray & Trentini (2009) dizem que as pessoas idosas saudáveis e doentes diferem quanto aos fatores que mais contribuem para a sua QV. Os doentes afirmam que o contacto social é o fator mais importante e os saudáveis atribuíram à saúde a maior importância.

Para a maioria dos idosos, QV significava ter saúde seguindo-se os sentimentos positivos (viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz), as relações pessoais (familiares e sociais) e alimentação (adequada e de qualidade) o que reforça a ideia de que QV é um conceito multidimensional, podendo ser analisada tanto por parâmetros objetivos como subjetivos (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2010).

Segundo Paschoal (2011), uma das investigações mais importantes para a definição de padrões para o estudo da QV e da medição das suas componentes subjetivas deve-se a Campbell et al. (1976), cujo modelo assentava no princípio de que a avaliação que o indivíduo faz das suas características ou dos atributos de um domínio particular depende da sua perceção desse atributo por comparação com os seus padrões sociais.

Importa ainda referir que as conceções de felicidade, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo relacionam-se reciprocamente com a noção de QV, traduzem-se também em constructos não raras vezes contestados, quer pela sua ambiguidade ou pela sua utilidade restrita e aplicabilidade limitada (Canavarro, M.C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T., 2010). De acordo com os mesmos autores, o conceito de QV deve abarcar dimensões mais subjetivas, nomeadamente a felicidade e a satisfação e outros tópicos mais objetivos, considerados universalmente necessários, tais como uma nutrição ajustada, um ambiente não adverso e uma vida longa e saudável.

A saúde de cada sujeito constitui-se também como um fator decisivo para a obtenção da QV no geral. Feliz (2012) argumenta que a QV se aplica ao estudo da saúde, sobretudo nas situações em que ocorrem transformações nas condições físicas dos sujeitos (tratamentos oncológicos, cirurgias e reabilitação após Acidente Vascular Cerebral, sendo pertinente para a medição dos resultados em saúde. A QV é um resultado relevante para o estudo do bem-estar das populações. Desta forma, o conceito de qualidade de vida

relacionada com a saúde tem sido um tema analisado essencialmente por profissionais de saúde, como a seguir se apresenta.

1.1. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O interesse pela QV na saúde cresceu a partir dos anos 70 do século XX como consequência da exigência de uma visão holística dos problemas de saúde. As investigações centradas na QV e a introdução deste conceito na área da saúde deveu-se à modificação do modelo de abordagem das questões de saúde, nomeadamente na passagem do modelo biomédico para o modelo holístico, biopsicossocial (Diniz & Schor, 2006).

O desenvolvimento de medidas do estado de saúde ocorrido durante as últimas décadas tem-se alargado gradualmente, passando a abranger um vasto número de conceitos, incluindo o de QV (Alves & Gonçalves, 2009). Ainda segundo os mesmos autores, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é um conceito abrangente que engloba a duração de vida, invalidez, estados funcionais, perceções e oportunidades sociais. Estas categorias estão relacionadas com a saúde pelo facto de estarem dependentes das doenças, lesões, tratamentos e política de saúde.

A saúde é de facto reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da QV. Segundo Pais-Ribeiro (2009), no sistema de cuidados de saúde, os termos QV e estado de saúde são, usualmente, utilizados de forma sobreposta, enquanto, pelo contrário, Hermann e Looney (2011) consideram que estes conceitos são essencialmente diferentes. Os mesmos autores explicam que QV é um conceito muito mais abrangente do que o de saúde, sendo esta um dos indicadores mais utilizado para avaliar a mesma. Referem também que a componente saúde é aquela que apresenta maior correlação com o resultado total de QV, ou seja, a saúde é talvez a componente mais importante que a influência.

Pais-Ribeiro (2009), menciona que a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde pode ter dois sentidos diferentes: geral – refere-se ao sistema de cuidados de saúde, relaciona a QV com as doenças e o seu tratamento para a QV das pessoas; específico – refere-se às limitações do indivíduo e ao modo como as doenças específicas de cada pessoa afetam a sua QV.

A questão QV *versus* estado de saúde pode ser analisada por vários ângulos: um deles foca a QV das pessoas em geral, estejam ou não doentes, e abrange todos os domínios

de vida das pessoas; outro ângulo possível aborda a QV das pessoas que estão, por qualquer razão, ligadas ao sistema de saúde (Pais-Ribeiro, 2009).

Canavarro et al. (2010) referem que a importância da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde se deve ao advento da medicina moderna, ao dispor de tratamentos, que na sua maioria, não curam mas possibilitam um controlo dos sintomas ou uma diminuição do desenvolvimento natural da doença.

A qualidade de vida relacionada com a saúde assume um ponto de referência comum em relação ao qual pode ser mensurado o impacto de tratamentos distintos em diferentes contextos. Pimentel (2006) conclui que nessa avaliação deve ter-se em conta os seguintes domínios: i) Condição funcional, referente à aptidão para realizar atividades consideradas normais para a maioria das pessoas; ii) Condição física, relacionando os sintomas com a doença e tratamento; iii) Estado psicológico, nomeadamente depressão e ansiedade; iv) Funcionamento social, tendo por base a relação com a família e a participação em atividades sociais; v) Avaliação global, uma vez que a qualidade de vida reflete os resultados da soma das suas partes.

Tendo em conta estes pressupostos Noronha, Martins, Dias, Silveira, De Paula e Haikal (2015), baseando-se na definição de saúde da OMS, afirmam igualmente que a QV deve ser entendida com base em quatro domínios: funcionamento ocupacional e físico; estado psicológico; interação social e sensações somáticas. Por outro lado, os mesmos autores acrescentam que se pode definir a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde como uma funcionalidade satisfatória para o indivíduo em essencialmente três domínios: físico, psicológico e social.

Relativamente ao domínio físico, a pessoa que apresente uma dor crónica, fica impossibilitada de realizar as AVD, porque as suas capacidades funcionais vão estar afetadas, abrangendo também as possibilidades de realização pessoal e de bem-estar psicológico, social e económico. O sofrimento físico tem um impacto significativo em todos os domínios da QV (Noronha et al., 2015).

No que diz respeito ao domínio psicológico, para o indivíduo se adaptar adequadamente ao seu meio, isto é, manter a sua QV, necessita de ter um funcionamento psicológico saudável, ou seja, em situações de depressão ou de ansiedade, as pessoas dificilmente conseguem obter satisfação e funcionar adequadamente em qualquer dos domínios que contribuem para QV (Paschoal, 2011).

Relativamente ao domínio social, naquelas situações em que a doença leva a uma limitação física, o papel/estatuto social do indivíduo vai ficar afetado, pois ele deixa de reunir os requisitos necessários para desempenhar os mesmos. É nestas situações que o apoio

familiar, dos amigos e profissionais de saúde se assume como fundamental (Paschoal, 2011, Noronha et al., 2015).

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde diz respeito ao valor atribuído à vida quando esta é alterada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e agravamentos, tornando-se no indicador primordial na avaliação do resultado dos diversos tipos de intervenções (Serra, 2010).

São raras as doenças que não perturbam o bem-estar das pessoas, em parte algumas delas prejudicam o bom funcionamento da pessoa nas AVD e no desempenho de papéis sociais (Serra, 2010). As doenças crônicas necessitam de recursos externos, de natureza social e material. “A doença é uma experiência vivida, uma realidade do próprio indivíduo. A percepção de cada um depende de variáveis psicológicas e sociais que determinam as peculiaridades individuais de resposta à doença” (Martins, 2002, p.34).

É de salientar a importância da percepção que cada indivíduo tem quanto ao seu próprio estado de saúde ou ao seu bem-estar, pois não há ninguém melhor do que ele para se manifestar sobre as suas experiências pessoais. Cada pessoa tem características comuns a todos os outros seres humanos, o que resulta na concepção de que a pessoa não é apenas um organismo biológico, mas igualmente o resultado de uma série de influências externas e adquiridas, resultantes do ambiente que vive, da educação, das experiências vividas no seio de uma comunidade, de uma história e de uma evolução civilizacional (Praça, 2012).

Depois de ultrapassada a fase aguda de uma doença, os indivíduos passam normalmente por um processo de ajuste à vida procurando um estilo de vida que possa ser tolerado e mantido, preservando a sua autoestima e adaptando-se às suas limitações, focalizando-se em outros aspetos da vida (Farias & Martins, 2013).

1.2. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida

Canavarro et al. (2010) referem que se podem definir dois tipos de instrumentos para avaliar a QV: os gerais e os específicos. Os gerais têm como finalidade obter valores que são independentes de um tipo de problema ou doença, destinando-se a sua utilização para comparar o estado de saúde geral entre dois grupos de sujeitos distintos. Os específicos são menos abrangentes, descrevendo apenas dimensões comuns a uma doença ou problema, sendo relevantes quando as comparações se efetuam entre indivíduos com características específicas sejam as únicas importantes para definir o resultado.

No que respeita às escalas genéricas destacam-se: o perfil de Saúde de Nottingham, formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36, Inventário da Qualidade de Vida, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-100.

Fazendo parte integrante das escalas específicas salientam-se: a escala específica de Qualidade de Vida SSWOL, THE Quality of life questionnaire – QLQ-30, Audit Diabetes Dependent Quality of Life, WHOQOL-OLD e KDQOL-SFTM 1.3.- Medição de QV em insuficientes renais crónicos.

Neste âmbito, evidencia-se o contributo da OMS (Grupo WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Group), que tem vindo a desenvolver um conjunto de estudos, com a finalidade de estabelecer um paradigma de referência concetual, a definição do constructo de QV e respetiva operacionalização (Vilar, 2015). De acordo com a mesma autora, a partir da implementação de uma matriz metodológica fundamentada e transcultural, integrando metodologias qualitativas e quantitativas de análise, foi primeiro criado um conjunto de instrumentos genéricos de avaliação, como, por exemplo, WHOQOL-100 e posteriormente a versão abreviada - WHOQOL-Bref.

Fernandes-Rios (2009) entre outros refere a World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL), elaborada pela OMS, em 1994, tendo-se proposto construir um instrumento para avaliação transcultural da QV que vai mais além dos indicadores tradicionais de saúde. Inclui os seguintes domínios: domínio físico (dor, energia e fadiga, atividade sexual, sono, descanso e funções sensoriais ótimas); domínio psicológico (sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem e aparência corporal e sentimentos negativos); nível de dependência (mobilidade, atividades da vida diária, dependência da medicação ou tratamentos, dependência de substâncias não alcoólicas e tabaco, por exemplo, capacidade de comunicação, capacidade de trabalho, relações pessoais, apoio social); ambiente (segurança física, satisfação no trabalho, disponibilidade e qualidade dos serviços sociais e de saúde, oportunidades para adquirir novas informações e destrezas, disponibilidade e participação em atividades de ócio, ambiente físico e transporte); espiritualidade, religião e crenças pessoais.

A principal desvantagem apontada a este instrumento de avaliação é a sua extensão, pois é constituído por 100 questões, podendo o tempo de aplicação demorar entre 60 a 90 minutos.

O Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu então, em 1998, uma versão reduzida do WHOQOL-100: o WHOQOL- BREF. A construção desta versão abreviada surgiu perante a necessidade de preencher um instrumento, de avaliação da QV, que demorasse menos tempo do que a versão original, assegurando as características psicométricas

satisfatórias. (Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006).

O WHOQOL-BREF é constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, que fazem referência à percepção geral da qualidade de vida e à percepção geral de saúde. As restantes 24 perguntas são relativas a cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Por sua vez, cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Assim, o WHOQOL-BREF preserva as 24 facetas do WHOQOL-100 mantendo a essência multidimensional e subjetiva da noção de QV.

O WHOQOL-BREF está organizado em quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente*, contrastando com a estrutura original que está organizada em seis, como se apresenta na Figura 1.

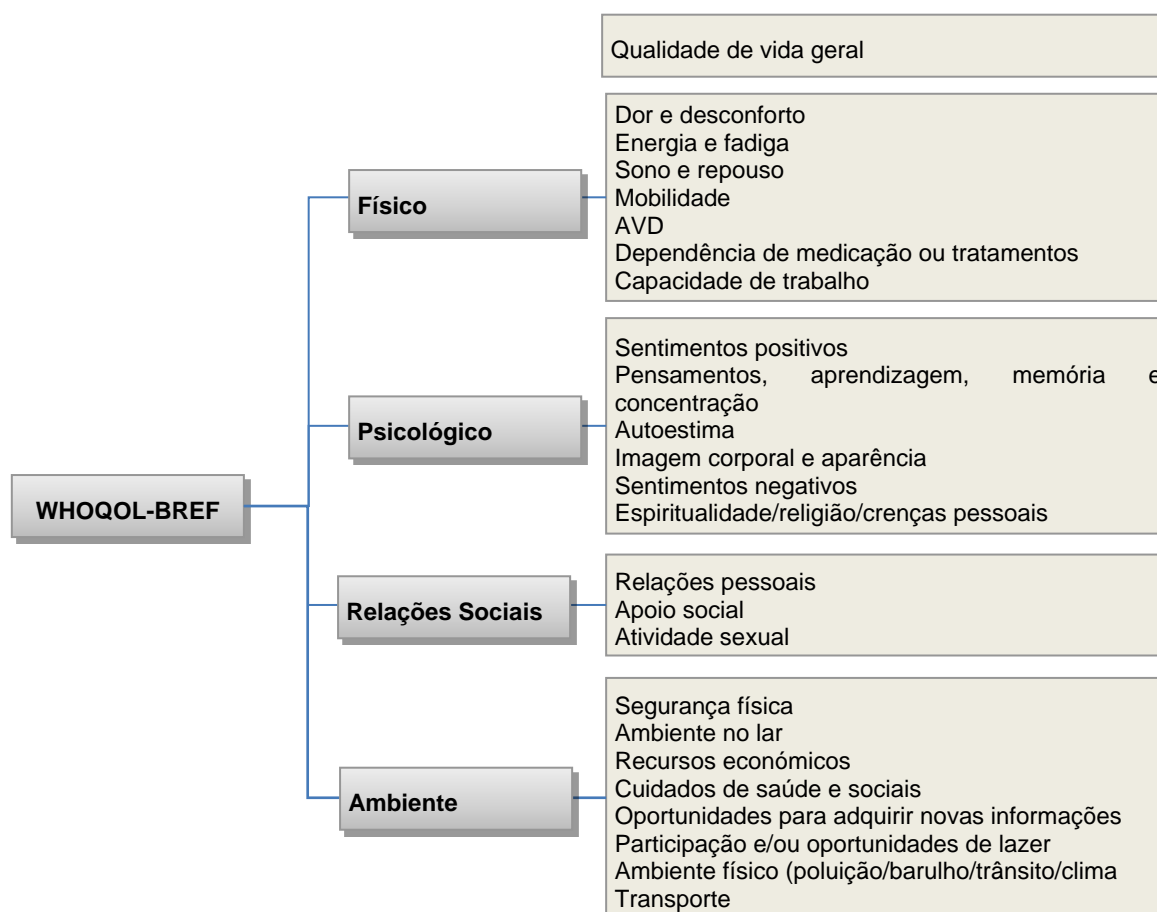


Figura 1 – Domínios e facetas da WHOQOL-BREF

Fonte: Adaptado de Vaz Serra et al. (2006)

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surgiu na emergência de uma resposta política a uma necessidade social que deriva de vários fatores, sendo exemplo: o aumento do envelhecimento progressivo, o aumento da esperança média de vida, a diminuição da taxa de mortalidade e natalidade.

Com o objetivo de responder de forma adequada às necessidades da população, desenvolveu-se e implementou-se um modelo de prestação de cuidados sociais e de saúde integrada, tendo sido também indispensável que este modelo considerasse as vertentes de reabilitação, manutenção, prevenção e necessidade paliativa (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). A Rede consiste num modelo de prestação de cuidados de saúde, criado para dar respostas às necessidades de cuidados continuados, em particular, de doentes que se encontram internados em serviços hospitalares depois de terem recebido alta clínica.

Atualmente a RNCCI é coordenada a nível nacional, pela Administração Central do Sistema de Saúde, cuja função fundamental é a de garantir e monitorizar o funcionamento da RNCCI de acordo com os princípios orientadores fundamentais do modelo e que, genericamente se caracteriza por ser integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, ser de natureza preventiva, recuperadora e paliativa. É de esperar que do seu bom desempenho resultem superiores ganhos em saúde e eficiência no conjunto do sistema prestador (RNCCI, 2017).

A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, quer no domicílio, quer em instalações próprias. Resulta de uma parceria entre os Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de saúde e de apoio social (RNCCI, 2017). Foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Nos cuidados continuados integrados a pessoa em situação de dependência, independentemente da sua idade, recebe cuidados de saúde e apoio social. O objetivo é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua QV (RNCCI, 2017). Têm direito aos cuidados continuados integrados as pessoas nas seguintes situações: dependência funcional temporária (por estar a recuperar duma doença, cirurgia, entre outras condições); dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade

(dependência e doença); incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social e casos de doença severa, em fase avançada ou terminal (RNCCI, 2017).

No que se refere à sua finalidade, *grosso modo*, a RNCCI presta cuidados continuados integrados a pessoas que encontrem em situação de dependência. Concretamente, objetiva (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho):

- i) melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- ii) promover a manutenção no domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, com o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à obtenção e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- iii) atuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- iv) melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- v) apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados;
- vi) articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- vii) prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

A RNCCI compreende: i) unidades de internamento, que podem ser de cuidados continuados de convalescença; cuidados continuados de média duração e reabilitação; cuidados continuados de longa duração e manutenção; ii) unidades de ambulatório; iii) equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social; iv) equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

Tendo em conta o locus de estudo da presente investigação, importa referir que as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) têm por finalidade responder a necessidades transitórias, impulsionando a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónica, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Por sua vez, as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM),

ainda de acordo com o mesmo disposto legal, visam proporcionar cuidados que previnam e/ou atrasem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Têm como finalidade responder a doentes com processos crónicos que manifestem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam ser cuidados no domicílio.

Importa também ressalvar que a referenciação para a Rede é feita através das equipas de gestão de altas dos hospitais e das equipas referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários, após diagnóstico da situação clínica e da avaliação do grau de dependência do doente.

As equipas de gestão de altas dos hospitais constituem equipas multidisciplinares, tendo como missão preparar e gerir as altas dos doentes que requerem continuidade de cuidados e seguimento dos seus problemas, sejam de saúde e/ou sociais, quer no domicílio, quer nas unidades disponíveis na Rede.

A referenciação para estes cuidados deve preferencialmente ocorrer no momento do diagnóstico de uma doença para que se possam detetar precoce e sistematicamente as necessidades não satisfeitas, favorecer a prevenção dos sintomas e fortalecer relações emocionais entre o doente e família, promovendo a dignidade e QV dos mesmos.

Em suma, a RNCCI consiste no conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam ou virão a prestar cuidados continuados a pessoas em situação de dependência, quer no domicílio, quer em instalações próprias. Resulta da parceria entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde e vários prestadores de cuidados de Saúde e Apoio Social, para a criação de novos serviços e promoção da continuidade dos cuidados.

A referência às orientações gerais, de abordagem multiprofissional em cuidados continuados integrados, ao nível da intervenção na Rede assenta no princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação, Reinserção. Assim, o trabalho em equipa multidisciplinar pretende assegurar uma melhor qualidade dos serviços prestados, no sentido de maximizar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. A articulação da equipa multidisciplinar visa transformar o atendimento automático num atendimento acolhedor e humanizado (RNCCI, 2017). Cabe igualmente ao enfermeiro especialista em reabilitação, na área dos cuidados continuados integrados, tomar decisões referentes à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa, visando a sua QV.

3. Estado da Arte

A bibliografia existente sobre a temática da QV é vasta. No entanto, no que concerne a estudos direcionados para a QV de doentes internados em Unidades da RNCCI, nomeadamente nas UMDR e ULDM é ainda diminuta. A partir da pesquisa bibliográfica realizada, apresentam-se a seguir alguns estudos relacionados com o tema.

Leal (2012) realizou um estudo com o objetivo de conhecer a QV de doentes internados na UCCI do Algarve, bem como verificar a sua relação com variáveis sociodemográficas, clínicas, com a saúde, o suporte social, a autoestima e a depressão.

Os resultados do referido estudo revelam que a perceção de saúde influencia a QV geral, sobretudo, as dimensões funcionamento sensorial, participação social e atividades passadas, presentes e futuras; a depressão influencia negativamente a QV geral e as dimensões funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social; o estado de saúde, componente física, afeta positivamente a QV geral, as dimensões funcionamento sensorial e família/vida familiar e a componente mental afetam positivamente a QV geral.

A avaliação que os utentes fazem da UCCI, o suporte social e a autoestima influenciam positivamente a sua QV. A tipologia da UCCI, no geral, não influencia a QV, existindo unicamente diferenças significativas entre Unidades de Convalescença e ULDM nas dimensões Família/Vida familiar e morrer e entre UMDR e ULDM na dimensão Intimidade do WHOQOL-OLD. O grau de dependência nas AVD influencia a tipologia de internamento e a QV.

Guerreiro (2009) refere que os fatores determinantes da QV em doentes internados numa UCCI prendem-se com a auto-perceção da saúde e as limitações funcionais, relacionando-se de forma positiva com todos os domínios do WHOQOL-BREF (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), sendo a saúde um forte preditor em todos os domínios.

O seu estudo concluiu que a QV diminui com o avançar da idade e os fatores sociais são fortes determinantes de QV em todos os domínios, incluindo o domínio físico que assume quase a mesma importância que a saúde.

Ferreira (2015) realizou um estudo cujo objetivo consistiu em avaliar a evolução funcional do doente internado numa UMDR e, em identificar alguns fatores sociodemográficos

e clínicos que interferem na evolução da sua independência funcional. Para avaliar a evolução da independência funcional, a autora aplicou o Índice de Barthel em dois momentos: admissão e alta. A amostra era constituída maioritariamente por mulheres (56,10%), com uma média de idades de cerca de 80 anos e apresentava uma baixa escolaridade.

Os resultados obtidos do referido estudo revelaram uma evolução funcional estatisticamente significativa entre o momento de admissão e o momento de alta. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à evolução funcional de acordo com o sexo, a idade e o estado cognitivo.

Quanto a cada uma das AVD, avaliadas pelo Índice de Barthel, Ferreira (2015) constatou que, quer no momento da admissão quer no momento de alta, o banho foi a AVD onde se verificou o maior grau de dependência com uma média ponderada de 0,02 e 0,15 respetivamente. Seguindo-se, por ordem decrescente de dependência, o subir e descer escadas ($M=0,20$ na admissão e $M=0,30$ na alta) e o controlo urinário ($M=0,28$ na admissão e $0,28$ na alta). A alimentação foi onde se verificou maior grau de independência, também quer no momento de admissão que no momento de alta ($M=0,54$ e $0,73$, respetivamente). Estes indicadores, juntamente com um conjunto de problemáticas associadas ao envelhecimento, representam uma fragilidade de QV muito acentuada e patenteiam a necessidade de cuidados de saúde e de apoio social integrado. Assim sendo, a valorização e integração do enfermeiro de reabilitação na equipa interdisciplinar, quer no apoio domiciliário, quer nas UCCI, revela-se essencial, objetivando promover uma melhoria dos sintomas, prevenir e tratar exacerbações recorrentes, retardar o declínio funcional, melhorar a performance nas atividades diárias e a QV.

Estes estudos vêm na sequência do que referem Campolina, Dini e Ciconelli (2009) em que o bem-estar físico e mental e a QV dos doentes internados em UCCI dependem particularmente da manutenção da independência funcional e da manutenção do domínio cognitivo dos doentes. Os mesmos autores mencionam que não é só necessário manter um bom estado de saúde física desses doentes, como assume também importância dispor de bem-estar psicológico e social, atendendo-se ao pressuposto que o conceito de QV é multifatorial, abrangendo variáveis tais como: satisfação, felicidade, autoestima, bom desempenho físico, mental e social. Uma das variáveis com maior peso na perceção da QV dos doentes, internados numa UCCI, diz respeito aos défices na capacidade de realização de AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

No âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, Feliz (2012) refere que a QV pode ser percebida como um resultado (*outcome*) do processo de cuidados segundo a teoria da produção do bem-estar, introduzindo-se, deste modo, um quadro global para a compreensão

do papel dos cuidados na produção de conforto. A ideia chave é de que os cuidados e os serviços desempenham um papel mediador na produção do bem-estar.

Na mesma linha, Vanarama, Pieper e Sixsmith (2008) mencionam que no processo de produção da QV 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 proporcionar QV ao utente.

O modelo de produção de bem-estar tem sido aprofundado no sentido de definir quais as dimensões sociais de bem-estar, sobretudo no que diz respeito às pessoas idosas e que estão dependentes de cuidados de longa duração (Feliz, 2012).

De acordo com o autor acima referido, ao longo do envelhecimento surgem perdas progressivas, a nível biológico, social e emocional, todavia, reconhece-se a existência de potencial, a nível cognitivo, emocional e de aprendizagem ao longo da vida, o que, na opinião de 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, se associam as perdas ao processo de senescência, este não significa um inevitável retrocesso, sobretudo quando acompanhado de intervenções que objetivem o potencial dos idosos a outros níveis, como, por exemplo, social e afetivo, e, simultaneamente, possibilitem manter a sua autonomia.

Neste sentido, Feliz (2012) considera pertinente a qualidade dos cuidados continuados que são desenvolvidos a partir da RNCCI, para uma melhoria significativa da QV dos idosos com dependência.

Sendo a QV um tema cada vez mais importante na atualidade, sobretudo devido ao envelhecimento da população, parte-se do princípio que esta deve ser promovida até aos últimos dias da vida.

Face a esse crescimento significativo do envelhecimento das populações e das transformações funcionais resultantes desse processo inerente à vida do ser humano, o papel da RNCCI assume cada vez mais relevância no contexto nacional, quer na prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, quer na promoção do seu conforto, bem-estar e QV (Gomes, 2013).

Vanarama, Pieper e Sixsmith (2008) referem que o conceito de QV relacionado com os cuidados prestados quando aplicado aos doentes internados numa UCCI é multidimensional, abrangendo dimensões objetivas (rendimento, habitação, saúde e mobilidade) e subjetivas (satisfação com a vida e felicidade), combinando com 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.

II PARTE - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Metodologia

O capítulo da metodologia consiste na base da organização dos dados, articulando-os com a fundamentação teórica, resultante da revisão da literatura efetuada. A escolha da metodologia passa por saber o que pensa o investigador sobre a realidade e o que existe que possa ser conhecido (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Neste capítulo apresentamos os procedimentos utilizados, especificando a natureza da investigação. Assim, é exposto: a questão de investigação, o tipo de estudo, os objetivos da realização desta investigação, o esquema concetual das variáveis, as hipóteses, os participantes, algumas considerações sobre os procedimentos de carácter formal e ético e o instrumento de colheita de dados. Finalmente apresentam-se os procedimentos de recolha e tratamento estatístico dos dados.

1.1. Questão de Investigação

Tendo em conta o problema em estudo e por tudo quanto foi exposto no enquadramento teórico deste trabalho, torna-se pertinente responder às seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de QV percecionados pelos doentes internados na RNCCI?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na QV dos doentes?

1.2. Tipo de Estudo

Optou-se por um estudo quantitativo, não experimental, transversal, descritivo e correlacional. Utilizou-se a metodologia quantitativa na medida em que os dados facultam realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas (Coutinho, 2014). Nesta investigação não houve manipulação de variáveis o que justifica o carácter não experimental da mesma (Fortin, 2009)

Trata-se de um estudo transversal pois tem por objetivo “medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, 2009, p.252).

Define-se como descritivo porquanto se procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. O presente estudo pode ser caracterizado como tal, pois estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa de doentes internados na RNCCI (Coutinho, 2014).

Correlacional, pois pretende-se determinar a existência ou não de relações entre as variáveis (dependente e independentes) (Coutinho, 2014).

1.3. Objetivos

O investigador deve precisar qual a direção que pretende dar à investigação (Fortin, 2009), definindo os objetivos do estudo. Deste modo, o presente trabalho de investigação tem como objetivo principal identificar o nível de QV dos doentes internados na RNCCI e, como objetivos específicos:

- Caraterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico;
- Identificar níveis de QV dos doentes internados na RNCCI;
- Analisar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a QV dos doentes internados na RNCCI;
- Determinar preditibilidade de algumas variáveis independentes na QV dos participantes.

1.4. Variáveis

Fortin (2009) define variáveis como sendo qualidades, propriedades ou caraterísticas de pessoas, objetos ou situações que são o foco de uma investigação. A autora entende por variável independente aquela que o investigador pode manipular e que poderá provocar ou não efeito na variável dependente. Esta última é aquela que é influenciada, ou seja, é o resultado predito pelo investigador.

No presente estudo a variável dependente consiste na QV dos doentes internados na RNCCI. Como variáveis independentes foram consideradas: as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, ocupação, agregado familiar, zona de residência), e as variáveis clínicas, nomeadamente nível de independência para a realização das AVD e a intensidade da dor.

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 2).



Figura 2 – Modelo conceptual da relação prevista entre as variáveis estudadas.

1.5. Hipóteses

De acordo com os objetivos do estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, ocupação, agregado familiar e zona de residência) e a QV dos doentes internados na RNCCI.

- Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis clínicas (nível de independência nas AVD, intensidade da dor) e a QV dos doentes internados na RNCCI.
- Hipótese (H3)- As variáveis independentes são preditores do nível de QV dos doentes internados na RNCCI.

1.6. População e amostra

De acordo com Vilelas (2009), a população a ser estudada ou o universo é definido como o conjunto de pessoas que partilham pelo menos uma característica em comum. Assim, o universo desta investigação são os doentes internados na Associação de Beneficência Popular de Gouveia – ABPG, nomeadamente na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção.

A técnica de amostragem utilizada no estudo é não probabilística – intencional, uma vez nem todos os indivíduos da população têm a mesma probabilidade de integrar a amostra e escolheu-se intencionalmente um grupo de elementos para a constituir, dos quais se deseja saber a opinião (Fortin, 2009).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Estar institucionalizado;
- Ter capacidade de resposta presente e aceitar participar no estudo.

A amostra do estudo é constituída por 50 doentes internados nas unidades referidas, cujo processo de recolha de dados decorreu no período compreendido entre 4 de abril a 16 de junho de 2017.

1.7. Procedimentos e questões éticas

No desenvolvimento da investigação foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais. Tal foi conduzido, através das diretrizes do questionário, que contemplam: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas,

disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas.

Todos os dados colhidos durante este estudo foram tratados de forma confidencial e a informação colhida durante o preenchimento dos questionários foi codificada, sendo a original conservada num local seguro, sob a responsabilidade da investigadora.

Foi pedido um parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo I), bem como se solicitou autorização aos autores da escala utilizada (cf. Anexo III).

No que se refere ao pedido de autorizações para a aplicação dos questionários, refere-se que, inicialmente, pediu-se à UCCI da Santa Casa de Misericórdia de Seia, tendo a mesma recusado, seguindo-se um pedido à Santa Casa da Misericórdia de Tábua, que não emitiu qualquer resposta. Posteriormente foi solicitada autorização à Associação de Beneficência Popular de Gouveia (cf. Anexo V), cujo parecer foi favorável, sendo este o *locus* de estudo.

1.8. Instrumento de colheita de dados

A recolha dos dados teve como suporte um protocolo de questionários, cujas questões sociodemográficas foram elaboradas *ad hoc*.

O questionário, no seu todo, é constituído por 4 secções (cf. Anexo VII): correspondendo a primeira ao questionário sociodemográfico, a segunda contém o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988), versão de Sequeira (2010), a terceira a Escala Visual Analógica – EVA e a quarta secção corresponde ao WHOQOL-BREF (Instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS) (Grupo WHOQOL, 1998).

Secção I – Caracterização sociodemográfica: constituída por 8 questões, que permitem recolher informações sobre a: idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão exercida, ocupação, agregado familiar e zona de residência;

Secção II - Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Wade & Colin, 1988), versão de Sequeira (2010). Trata-se de um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965, cit. por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência.

Quadro 1 – Pontos de corte do Índice de Barthel.

Pontuação	Nível de Dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

Fonte: Sequeira (2010, p. 46).

Desde a sua publicação (Mahoney & Barthel, 1965, cit. por Araújo et al., 2007) que o Índice de Barthel tem sido amplamente utilizado para «quantificar» e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das AVD.

Na monitorização da capacidade funcional no âmbito dos programas de reabilitação nas unidades de convalescença e reabilitação, alguns autores utilizam o valor que resulta da diferença entre a pontuação do Índice de Barthel na alta e a pontuação do Índice de Barthel no ingresso, correspondendo um valor positivo a uma melhoria na capacidade funcional e um resultado negativo refere-se a uma deterioração no estado funcional da pessoa (Araújo et al., 2007).

No contexto clínico, o Índice de Barthel faculta informação importante a partir da pontuação total e das pontuações parciais para cada atividade avaliada, pois possibilita conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e, por conseguinte, adequar os cuidados às necessidades. Duas pessoas com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a(s) atividade(s) para as quais demonstram maior incapacidade.

Atualmente, o Índice de Barthel continua a ser amplamente utilizado, especialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação, assumindo-se como um instrumento muito adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD (Araújo et al., 2007).

Secção III - Escala Visual Analógica – EVA

A DGS emitiu, em 2003, uma Circular Normativa (Circular Normativa nº 9 de 14 de junho de 2003) com indicações precisas acerca do registo sistemático da intensidade da dor em todos os doentes, de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, efetuada no mesmo local de registo dos outros sinais vitais, sugerindo para o efeito, entre outras escalas, a EVA (convertida em escala numérica para efeitos de registo). Esta avalia a intensidade da dor, sendo adequada para qualquer tipo de dor que pode ser aplicada a doentes com idade igual ou superior a seis anos, e consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, tendo numa extremidade a classificação “Sem dor” e na outra, a classificação “Dor máxima” (DGS, 2003).



Figura 3 – Escala Visual Analógica (EVA)

Fonte: DGS (2003).

Aquando da aplicação da escala, é solicitado ao doente que identifique visualizando a escala em relação à dor que apresenta no momento, o seu grau de dor, tendo em conta que 0 (zero) significa ausência total de dor e 10 (dez) o nível de dor máxima suportável por si.

- Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
- Se a dor for moderada, o seu nível de referência é **cinco**;
- Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

Tabela 1 - Classificação da dor.

Dor	Sim
	Não
Intensidade	Leve (0 a 2)
	Moderada (3 a 7)
	Intensa (8 a 10)

Fonte: DGS, 2003.

Secção IV - WHOQOL-BREF (Instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS) (Grupo WHOQOL, 1998): surgiu devido a necessidade de dispor de um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação, cujo preenchimento ocupasse pouco tempo e que as suas características psicométricas mantivessem os critérios de desempenho exigidos: quanto à consistência interna, à validade discriminante, à validade convergente, à validade de critério, à fidedignidade de teste-reteste (Serra et al., 2006).

Os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram selecionados tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com o modelo geral de QV e a sua capacidade discriminativa.

É constituído por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, relativas à perceção geral de QV e à perceção geral de saúde, quando calculada em conjunto, gera um *score* independente dos domínios e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original.

As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da OMS, e estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis, cada uma e a sua pontuação pode variar de 1 a 5.

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento. Todos os itens são cotados de 1 a 5. Três itens, referentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

O Centro de avaliação da QV para português de Portugal, de acordo com as tendências atuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*:

O *Domínio Físico* é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7 / 28 \times 100$.

O *Domínio Psicológico* é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$.

O *Domínio das Relações Sociais* é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$.

O *Domínio Ambiente* é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$.

A Faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula: $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$.

O cálculo dos domínios pode ser feito somando todas os itens que dele fazem parte e dividindo pelo total de itens. Este processo dará um resultado na mesma escala que a escala de resposta (de 1 a 5). No presente estudo não existem esses dados, uma vez que a sintaxe do SPSS os converte automaticamente para a escala 0-100. Os resultados transformados, ainda que numa escala diferente, são exatamente iguais, quer da escala de 1 a 5, quer da escala de 4 a 20, que se resulta da multiplicação por 4 do resultado médio dos itens.

De forma geral, a interpretação dos resultados da escala é feita de forma linear: resultados mais elevados correspondem a uma melhor QV.

Refere-se que foi escolhido este instrumento de avaliação para o presente estudo, uma vez que as dimensões avaliadas no instrumento são as que melhor se adaptam aos participantes, uma vez que pretendemos utilizar em qualquer pessoa, com qualquer tipo de patologia.

Estudo psicométrico para o presente estudo da WHOQOL-BREF

No que se refere aos resultados da fiabilidade, como exposto na Tabela 2, onde se encontram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, facultando uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global, verifica-se que, pelos índices médios, as médias oscilam entre 2,34 (item 4 F11. 3) e 3,78 (item 23 F17.3). Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de muito bons,

oscilando entre $\alpha=0,906$ no e $\alpha=0,918$, com um alfa global também classificado de muito bom ($\alpha=0,915$).

Tabela 2 - Consistência interna dos itens da WHOQOL-BREF.

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?	2,90	0,707	0,656	0,909
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2,54	0,885	0,660	0,909
3 F1.4	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	2,74	0,965	0,552	0,912
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	2,34	0,717	0,669	0,909
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	3,06	0,740	0,405	0,914
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,22	0,790	0,474	0,913
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	3,12	0,773	0,480	0,913
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3,66	0,626	0,157	0,917
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3,44	0,611	0,108	0,918
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	2,56	0,760	0,706	0,908
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	2,96	0,638	0,600	0,911
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,46	0,734	0,420	0,914
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	2,68	0,551	0,386	0,914
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	2,78	0,679	0,516	0,912
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	2,40	0,808	0,701	0,908
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3,16	0,866	0,486	0,913
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	2,80	0,833	0,804	0,906
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	2,50	0,789	0,806	0,906
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3,04	0,755	0,668	0,909
20 F13.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3,52	0,707	0,501	0,912
21 F15.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	3,00	0,404	0,335	0,915
22 F14.4	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,54	0,706	0,276	0,916
23 F17.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3,78	0,616	0,460	0,913
24 F19.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3,30	0,647	0,345	0,915
25 F23.3	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	3,10	0,463	0,520	0,912
26 F8.1	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	2,60	0,881	0,639	0,909
Coefficiente alpha Cronbach global					0,915

1.9. Análise de dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e as medidas de dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada.

Quanto à análise bivariada, aplicou-se o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dá as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado (X^2) pois, em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não possibilitava o uso do referido teste.

O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , como indicam Pestana & Gageiro (2014), pois os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. Os mesmos autores consideram os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

De modo a interpretarem-se os resíduos ajustados necessita-se de um número mínimo de oito elementos, quer no total da linha, quer na coluna.

Por sua vez, o coeficiente de variação possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis, tendo os resultados obtidos ser (Pestana & Gageiro, 2014), interpretados da seguinte forma:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
00200% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação aponta que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por

convenção, os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2014):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos e paramétricos, designadamente:

- Teste de U Mann Whitney – usado para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais.

- Teste de Kruskal Wallis – usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisam o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si.

- Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Este teste é aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis.

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

- Regressões múltiplas - é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, possibilita determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

A apresentação dos resultados é feita com o recurso de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS versão 24.0 para Windows.

No capítulo seguinte faz-se apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva e, posteriormente, a análise inferencial.

2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, apresentam-se os resultados da estatística descritiva, seguindo-se os dados da estatística inferencial.

Na análise descritiva procedemos a uma caracterização sociodemográfica da amostra assim como a uma caracterização de contexto clínico, nomeadamente, da avaliação de desempenho nas AVD e avaliação da dor dos doentes internados na RNCCI, dando finalmente corpo a caracterização da qualidade de vida dos mesmos. Importa ressaltar que a variável de carácter sociodemográfico – profissão exercida, não foi trabalhada estatisticamente dada a heterogeneidade de respostas possíveis e o tamanho da amostra.

Por último, na análise inferencial procedemos à apresentação dos resultados, onde constam os dados mais relevantes do estudo.

2.1. Análise descritiva

- **Caraterização sociodemográfica da amostra**

As estatísticas da idade mostram, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 40 anos e uma máxima de 97 anos, com uma média de 75,22 anos \pm 14,012, corresponde-lhe um coeficiente de variação de 13,31%, indicativo de dispersão baixa, mediante a média de idades encontrada. As mulheres (M=77,13 \pm 11,301) são mais velhas do que os homens (M=72,11 \pm 17,467). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), curvas enviesadas à esquerda e mesocurticas para os dois géneros e para a totalidade da amostra (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade dos participantes.

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	19	40	94	72,11	17,467	24,22	-1,29	-0,78
Feminino	31	46	97	77,13	11,301	14,65	-2,57	1,59
Total	50	40	97	75,22	14,012	13,31	-3,02	0,57

No que se refere à idade dos participantes em função do sexo, verifica-se que, no total da amostra, prevalecem os que possuem idade igual ou inferior aos 80 anos (54,0%), fazendo parte deste grupo 52,6% dos homens e 54,8% das mulheres. Constata-se que 46,0% têm mais de 80 anos (cf. Tabela 4).

A grande maioria dos doentes (62,0%) não tem companheiro(a), com 52,6% de homens e 67,7% de mulheres com este estado civil, enquanto 38,0% têm companheiro(a), onde sobressaem os homens (47,4%) (cf. Tabela 4).

Quanto à zona de residência em função do sexo, verifica-se que quase a totalidade da amostra (92,0%) reside em meio urbano (homens 84,2% vs. mulheres 96,8%), com apenas 8,0% de participantes a residirem em meio rural (cf. Tabela 4).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, pode afirmar-se que mais de metade da amostra (60,0%) tem habilitações literárias até ao 1.º ciclo do ensino básico, fazendo parte deste grupo 57,9% dos homens e 61,3% das mulheres, seguindo-se os doentes que não sabem ler nem escrever (22,0%), com destaque para 22,6% das mulheres. Apenas 18,0% dos participantes têm outras habilitações literárias (mais superiores).

Reportando-se agora os resultados à constituição do agregado familiar, constata-se que mais de metade da amostra (66,0%) vive acompanhada (homens 68,4% vs. mulheres 64,5%), enquanto 34,0% dos participantes vivem sozinhos, cujo valor percentual mais elevado corresponde às mulheres (35,5%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo dos participantes.

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		X ²	P
	Masculino		nº	%	nº	%		
	nº	%	nº	%	nº	%		
	(19)	(38,0)	(31)	(62,0)	(50)	(100,0)		
Idade								
≤80 anos	10	52,6	17	54,8	27	54,0	0,023	0,879
>80 anos	9	47,4	14	45,2	23	46,0		
Estado civil								
Sem companheiro(a)	10	52,6	21	67,7	31	62,0	1,142	0,285
Com companheiro(a)	9	47,4	10	32,3	19	38,0		
Zona de residência								
Rural	3	15,8	1	3,2	4	8,0	n.a.	n.a.
Urbana	16	84,2	30	96,8	46	92,0		
Habilitações literárias								
Não sabe ler nem escrever	4	21,1	7	22,6	11	22,0	n.a.	n.a.
Até ao 1.º ciclo do ensino básico	11	57,9	19	61,3	30	60,0		
Outras habilitações	4	21,1	5	16,1	9	18,0		
Agregado familiar								
Vive só	6	31,6	11	35,5	17	34,0	0,080	0,777
Vive acompanhado	13	68,4	20	64,5	33	66,0		
Total	19	100,0	31	100,0	50	100,0		

- **Caraterização clínica: Avaliação do desempenho nas AVD – Índice de Barthel**

Os dados da Tabela 5 mostram que, relativamente à função “higiene pessoal”, 54,0% dos participantes necessitam de ajuda e 46,0% é independente nesta função.

Analisando a AVD “evacuar” damos conta que a maioria dos participantes (54,0%) apresenta continência, 18,0% apresenta incontinência e 28,0% têm acidentes ocasionais.

Similarmente na AVD urinar, 40,0% tem continência de esfíncter vesical, 36,0% apresentam acidentes ocasionais e 24,0% apresenta incontinência.

Relativamente ao uso do WC, 34,0% dos elementos da amostra, fazem-no de forma independente, assim como 34,0% necessitam de ajuda para o fazer e 32,0% é dependente nesta função.

A análise da função “alimentar-se” mostra que 4,0% dos elementos da amostra são incapazes para esta atividade, 44,0% necessitam de ajuda para o fazer e 52,0% são independentes.

Nas “transferências” (cadeira-cama) constatamos que 2,0% dos elementos da amostra são incapazes para esta atividade, 46,0% necessitam de grande ajuda para o fazer, 22,0% necessitam de pequena ajuda e 30,0% são independentes.

Considerando a AVD “mobilidade” (deambulação), constatamos que 32,0% dos elementos da amostra se encontra imobilizado, 16,0% são independentes em cadeira de rodas, 22,0% deambulam com ajuda e 30,0% é independente.

Os dados relativos à função “vestir-se” mostram que 24,0% dos doentes são independentes nesta função, 38,0% necessitam de ajuda e igual percentagem é dependente.

A análise da função “subir e descer escadas” mostra que 56,0% dos doentes são incapazes de o fazer, 30,0% necessitam de ajuda e 14,0% são independentes.

Quanto à função “banho” constatamos que a maioria (70,0%) é dependente nesta atividade e apenas 30,0% são independentes.

Em síntese, podemos afirmar que este grupo de doentes é mais independente nas atividades evacuar, urinar, ir ao wc e alimentação. Contrariamente, a maior dependência recai sobre o banho, higiene pessoal, mobilidade, transferência, subir escadas e vestir-se.

Tabela 5 – Dados sobre níveis de funcionalidade nas AVD em função do sexo dos participantes.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	19	38,0	31	62,0	50	100,0
Higiene Pessoal						
Necessita de Ajuda	8	42,1	19	61,3	27	54,0
Independente	11	57,9	12	38,7	23	46,0
Evacuar						
Incontinente	4	21,1	5	16,1	9	18,0
Acidentes ocasionais	5	26,3	9	29,0	14	28,0
Continente	10	52,6	17	54,8	27	54,0
Urinar						
Incontinente	6	31,6	6	19,4	12	24,0
Acidentes ocasionais	3	15,8	15	48,4	18	36,0
Continente	10	52,6	10	32,3	20	40,0
Ir ao Wc						
Dependente	6	31,6	10	32,3	16	32,0
Necessita de Ajuda	5	26,3	12	38,7	17	34,0
Independente	8	42,1	9	29,0	17	34,0
Alimentar-se						
Incapaz	---	---	2	6,5	2	4,0
Necessita de Ajuda	9	47,4	13	41,9	22	44,0
Independente	10	52,6	16	51,6	26	52,0
Transferências						
Incapaz	---	---	1	3,2	1	2,0
Grande Ajuda	8	42,1	15	48,4	23	46,0
Pequena Ajuda	4	21,1	7	22,6	11	22,0
Independente	7	36,8	8	25,8	15	30,0
Mobilidade						
Imobilizado	8	42,1	8	25,8	16	32,0
Independente na cadeira	1	5,3	7	22,6	8	16,0
Anda com ajuda	3	15,8	8	25,8	11	22,0
Independente	7	36,8	8	25,8	15	30,0
Vestir-se						
Dependente	7	36,8	12	38,7	19	38,0
Necessita de Ajuda	6	31,6	13	41,9	19	38,0
Independente	6	31,6	6	19,4	12	24,0
Escadas						
Incapaz	9	47,4	19	61,3	28	56,0
Necessita ajuda	6	31,6	9	29,0	15	30,0
Independente	4	21,1	3	9,7	7	14,0
Banho						
Dependente	11	57,9	24	77,4	35	70,0
Independente	8	42,1	7	22,6	15	30,0
TOTAL	19	38,0	31	62,0	50	100,00

As estatísticas da avaliação do desempenho das AVD mostram, para a totalidade da amostra, um mínimo de 0 um máximo de 100, com uma média de $52,60 \pm 31,57$, corresponde-lhe um coeficiente de variação de 60,0%, indicativo de dispersão elevada. A média encontrada para os homens é de $56,32 \pm 35,07$, sendo esta mais baixa para as mulheres $50,32 \pm 29,60$, com coeficientes de variação a sugerirem dispersão elevada, face às médias encontradas (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Estatísticas relativas à avaliação do desempenho nas AVD dos participantes– Índice de Barthel.

Índice de Barthel	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	19	10	100	56,32	35,07	62,27	0,10	-1,66
Feminino	31	0	100	50,32	29,60	58,83	0,52	-1,24
Total	50	0	100	52,60	31,57	60,01	0,53	-1,95

- **Caraterização clínica: Avaliação da dor**

As estatísticas relativas à avaliação da dor revelam que, na globalidade da amostra, o mínimo é 0 (zero) e o máximo 6, com uma média de $1,94 \pm 1,68$, indicativo de dor leve, correspondendo-lhe um coeficiente de variação de 86,59, sugestivo de dispersão elevada.

Analisando-se os resultados em conformidade com o sexo, o mínimo registado, para os homens é 0 (zero) e o máximo 5 e, para as mulheres, o mínimo também é 0 (zero) e o máximo 6. Os homens, em média, ($M=2,00 \pm 1,97$) revelam uma intensidade de dor ligeiramente superior ao das mulheres ($M=1,90 \pm 1,51$). O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), curvas mesocurticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas à avaliação da dor dos participantes.

Avaliação da dor	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	19	0	5	2,00	1,97	98,5	0,74	-1,46
Feminino	31	0	6	1,90	1,51	79,47	1,58	0,66
Total	50	0	6	1,94	1,68	86,59	1,56	-0,87

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 8, pode afirmar-se que a grande maioria dos doentes (66,0%) apresenta dor com intensidade leve, onde se incluem 63,2% dos homens e 67,7% das mulheres. Verifica-se ainda que 34,0% dos doentes tem dor de intensidade moderada, dos quais 36,8% são homens e 32,3% mulheres, mas sem relevância estatística.

Tabela 8 – Intensidade da dor em função do sexo dos participantes.

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Masculino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	(19)	(38,0)	(31)	(62,0)	(50)	(100,0)		
Intensidade da dor										
Leve	12	63,2	21	67,7	33	66,0	-,3	,3	0,710	0,740
Moderada	7	36,8	10	32,3	17	34,0	,3	-,3		
Total	19	100,0	31	100,0	50	100,0				

• Caracterização da amostra relativamente à Qualidade de Vida

Verifica-se que metade dos doentes (50,0%) avalia a sua qualidade de vida como “nem boa/nem má”, enquanto 30,0% a avalia como má e 20,0% percecionam a sua qualidade de vida como boa.

Maioritariamente (52,0%), os doentes revelam-se insatisfeitos com a sua saúde, contrariamente a 26,0% que não revelam uma avaliação precisa da sua saúde, mas 14,0% encontram-se satisfeitos com a sua saúde e 2,0% muito satisfeitos.

Constata-se que metade dos doentes (50,0%) refere que as dores físicas os impedem pouco de fazer o que precisam de fazer, enquanto 16,0% admitem que as dores físicas os impedem muito de fazer o que têm de fazer.

Mais de metade dos doentes (62,0%) refere que precisa pouco de cuidados médicos para fazer a sua vida diária, 8,0% necessitam muito de cuidados e 6,0% de nenhuns cuidados.

Prevalecem os doentes (52,0%) que não gostam nem muito, nem pouco da sua vida, secundados pelos que gostam muito da sua vida (28,0%), enquanto 18,0% gostam pouco, com apenas um doente (2,0%) a referir que não gosta nada da sua vida.

Há um predomínio de doentes (42,0%) que sentem que a sua vida tem muito sentido, contrariamente a 40,0% que consideram que a sua vida nem muito, nem pouco tem sentido. Para 16,0% dos doentes, a sua vida tem pouco sentido, com um doente (2,0%) a afirmar que a sua vida em nada faz sentido.

Verifica-se que 40,0% dos doentes não conseguem nem muito, nem pouco concentrar-se, mas em 36,0% dos casos os doentes conseguem concentrar-se muito. Contrariamente, 24,0% aditem que se conseguem concentrar pouco.

A grande maioria dos doentes (62,0%) sente-se em segurança no seu dia-a-dia, já 30,0% expressam que não sentem nem muita, nem pouca segurança no seu dia-a-dia. Porém, 4,0% sentem-se em muitíssima segurança e 4,0% pouca segurança.

Constata-se que metade da amostra (50,0%) considera que é muito saudável no seu ambiente físico, opostamente a 6,0% que se sentem pouco saudáveis no seu ambiente físico.

Refere-se que 44,0% dos doentes não se sentem nem muito, nem pouco saudáveis no seu ambiente físico.

Apura-se que há um predomínio de doentes a referirem que têm energia moderadamente suficiente para a sua vida diária (48,0%). Por seu lado, 36,0% referem que têm pouca energia, enquanto 8,0% assumem ter bastante energia e 8,0% nenhuma energia.

Verifica-se que a maioria dos doentes (60,0%) são capazes moderadamente de aceitar a sua aparência física, enquanto 22,0% referem que são pouco capazes de aceitar a sua aparência física. Opostamente, 18,0% aceitam bastante a sua aparência física.

Pode referir-se também que a maioria dos doentes (54,0%) têm pouco dinheiro para satisfazer as suas necessidades, enquanto 36,0% refere que o dinheiro que possuem satisfaz moderadamente as suas necessidades.

Na maioria dos casos (60,0%), os doentes têm moderado acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária, mas para 36,0% dos doentes referem que esse acesso é pouco.

No que se refere à oportunidade para realizar atividades de lazer, estão em maioria dos doentes que têm uma oportunidade moderada (56,0%), 12,0% referem que possuem uma bastante oportunidade, enquanto 30,0% admitem que têm pouca oportunidade para realizar atividades de lazer.

A maioria dos doentes (54,0%) avalia a sua mobilidade como má, enquanto 30,0% a avalia nem como boa, nem como má, 8,0% referem que a sua mobilidade é muito má e um doente (2,0%) avalia-a como muito boa.

Procurou-se saber até que ponto os doentes estão satisfeitos com o seu sono, verificando-se que 38,0% estão satisfeitos, 36,0% não estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos, 22,0% sentem-se insatisfeitos, com apenas um doente (2,0%) a relatar que está muito satisfeito com o seu sono e outro (2,0%) muito insatisfeito.

No que se refere à satisfação dos doentes em relação à sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia, constata-se que 40,0% revela-se nem satisfeito, nem insatisfeito. Já 38,0% relatam estar insatisfeitos, 18,0% estão satisfeitos. Um dos doentes refere estar muito insatisfeito (2,0%) e, opostamente, outro doente diz estar muito satisfeito (2,0%).

Objetivou-se saber até que ponto os doentes estão satisfeitos com a sua capacidade de trabalho, tendo a maioria (62,0%) referenciado que se sentem insatisfeitos, contrariamente a 16,0% que se sentem satisfeitos. Refere-se que 20,0% dos doentes não está nem satisfeito, nem insatisfeito com a sua capacidade de trabalho.

Relativamente à pergunta até que ponto está satisfeito consigo próprio(a), 50% dos inquiridos referem estar nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 24% dos doentes referem estar insatisfeitos, sendo que a mesma percentagem manifesta estar satisfeita e apenas um doente (2%) declara sentir-se muito satisfeito

De acordo com os resultados, pode afirmar-se que a maioria dos doentes (58,0%) está satisfeita com as suas relações pessoais, enquanto 10,0% se revelam insatisfeitos. Verifica-se que 30,0% dos doentes não estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos com as suas relações pessoais.

No que se refere à satisfação dos doentes com a sua vida sexual, quase a totalidade da amostra (90,0%) não está nem satisfeita, nem insatisfeita, enquanto 6,0% dizem estar insatisfeitos e um doente (2,0%) revela-se satisfeito e outro muito satisfeito (2,0%).

Quanto à satisfação em relação ao apoio que os doentes recebem dos amigos, apura-se que 60,0% admitem estar satisfeitos, 28,0% nem satisfeitos, nem insatisfeitos, enquanto 10,0% referem que estão insatisfeitos com o apoio recebido dos amigos e apenas um doente (2,0%) refere sentir-se muito satisfeito.

Procurou-se saber até que ponto os doentes estão satisfeitos com as condições do lugar em que vivem, constatando-se que mais de metade da amostra está satisfeita (70,0%). Contrariamente, 4,0% dos doentes revelam-se insatisfeitos, 20,0% nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 6,0% muito satisfeitos.

Pode também referir-se que metade dos doentes (50,0%) não está nem satisfeita, nem insatisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde, enquanto 40,0% manifestam-se satisfeitos e 10,0% insatisfeitos.

No que respeita à satisfação dos doentes face aos transportes que utilizam, a grande maioria (78,0%) afirma não estar nem satisfeita, nem insatisfeita, enquanto 16,0% sentem-se satisfeitos. Todavia, 6,0% dos doentes referem estar insatisfeitos.

Procurou-se saber com que frequência os doentes têm sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, verificando-se que metade da amostra (50,0%) refere tê-los poucas vezes, 32,0% algumas vezes, 10,0% frequentemente e, com igual valor percentual (4,0%, respetivamente), os doentes que admitem que nunca têm sentimentos negativos *versus* os que têm sempre esses sentimentos.

Tabela 9 – Dados relativos à QV dos participantes.

		Muito Má		Má		Nem Boa / Nem Má		Boa		Muito Boa	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?			15	30,0	25	50,0	10	20,0		
		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Nem Satisfeito Nem Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	3	6,0	26	52,0	13	26,0	7	14,0	1	2,0
		Nada		Pouco		Nem muito / Nem pouco		Muito		Muitíssimo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 F1.4	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2,0	25	50,0	13	26,0	8	16,0	3	6,0
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	3	6,0	31	62,0	12	24,0	4	8,0	-	-
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	1	2,0	9	18,0	26	52,0	14	28,0	-	-
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2,0	8	16,0	20	40,0	21	42,0	-	-
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	-	-	12	24,0	20	40,0	18	36,0	-	-
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	-	-	2	4,0	15	30,0	31	62,0	2	4,0
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	-	-	3	6,0	22	44,0	25	50,0	-	-
		Nada		Pouco		Moderadamente		Bastante		Completamente	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	4	8,0	18	36,0	24	48,0	4	8,0	-	-
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	-	-	11	22,0	30	60,0	9	18,0	-	-
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2	4,0	27	54,0	18	36,0	2	4,0	1	2,0
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	-	-	18	36,0	30	60,0	2	4,0	-	-
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2,0	15	30,0	28	56,0	6	12,0	-	-
		Muito Má		Má		Nem Boa / Nem Má		Boa		Muito Boa	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	4	8,0	27	54,0	15	30,0	3	6,0	1	2,0
		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Nem Satisfeito Nem Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2,0	11	22,0	18	36,0	19	38,0	1	2,0
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as	1	2,0	19	38,0	20	40,0	9	18,0	1	2,0

	atividades do seu dia-a-dia?										
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2,0	31	62,0	10	20,0	8	16,0	-	-
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	-	-	12	24,0	25	50,0	12	24,0	1	2,0
20 F13.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	-	-	5	10,0	15	30,0	29	58,0	1	2,0
21 F15.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	-	-	3	6,0	45	90,0	1	2,0	1	2,0
22 F14.4	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	-	-	5	10,0	14	28,0	30	60,0	1	2,0
23 F17.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	-	-	2	4,0	10	20,0	35	70,0	3	6,0
24 F19.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	-	-	5	10,0	25	50,0	20	40,0	-	-
25 F23.3	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	-	-	3	6,0	39	78,0	8	16,0	-	-
		Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
26 F8.1	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	2	4,0	25	50,0	16	32,0	5	10,0	2	4,0

Os resultados relativos à QV indicam que o valor médio mais elevado corresponde ao *domínio das relações sociais* (média=58,83±10,56), onde o mínimo encontrado é 33,33 e o máximo 91,67, seguindo-se o *domínio ambiente* (média=53,75±7,93), sendo o valor mais baixo o obtido no *domínio físico* (média=36,66±15,49), resultando em diferenças estatisticamente significativas para o *domínio físico* (p=0,001), *domínio das relações sociais* (p=0,000) e na QV global (p=0,000). Atendendo ao valor médio da QV global, pode dizer-se que os participantes percecionam de forma positiva a sua QV.

Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada no *domínio físico* e dispersão baixa nos restantes domínios e na QV global (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas à QV dos participantes.

Qualidade de vida	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
Domínio Físico	50	10,71	89,29	36,66	15,49	42,25	2,37	1,13	0,175	0,001
Domínio Psicológico		20,83	75,00	46,35	12,82	27,65	0,42	-0,81	0,120	0,069
Domínio das Relações Sociais		33,33	91,67	58,83	10,56	17,95	0,58	1,16	0,211	0,000
Domínio Ambiente		37,50	75,00	53,75	7,93	14,75	0,39	-0,27	0,107	0,200
Qualidade de vida (global)		25,00	100,00	55,50	17,15	30,90	1,99	-0,29	0,226	0,000

2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo, procede-se à análise inferencial, com o intuito de se testar a relação entre as variáveis. A inferência estatística tem como objetivo extrapolar dados para toda a população a partir dos resultados obtidos com a amostra (Ferreira, 2015).

Com o intuito de aumentar a homogeneidade das distribuições de algumas variáveis independentes e a consequente viabilização dos testes não paramétricos procedeu-se à recodificação de algumas variáveis, tais como: idade, estado civil, habilitações literárias, ocupação, agregado familiar, zona de residência e intensidade da dor.

Seguem-se os resultados da análise inferencial no sentido de responder às questões de investigação e hipóteses formuladas, sendo estas últimas desdobradas em hipóteses simples.

Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, ocupação, agregado familiar e zona de residência) e a QV dos doentes internados na RNCCI.

- **Sexo**

Para se determinar se o sexo influenciava a QV dos doentes internados na RNCCI efetuou-se o teste de U-Mann Whitney. Pelas ordenações médias, observa-se que os homens, na globalidade, percecionam a sua qualidade de vida de forma mais positiva, à exceção do *domínio das relações sociais*, onde as mulheres revelam mais QV. No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 11). Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 11 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o sexo e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	P
		OM	OM		
Domínio Físico		30,16	22,65	206,000	0,075
Domínio Psicológico		26,76	24,73	270,500	0,629
Domínio das Relações Sociais		23,89	26,48	264,000	0,523
Domínio Ambiente		27,50	24,27	256,500	0,444
Qualidade de vida (global)		28,16	23,87	244,000	0,298

- **Idade**

No que se refere à QV em função da idade, constata-se que, na globalidade, são os doentes com idade superior a 80 anos que percecionam a sua QV de forma mais positiva, excetuando no *domínio físico*, cujo valor de ordenação média é mais elevado para os doentes com idade igual ou inferior aos 80 anos. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 12). Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 12 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a idade e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Idade	≤80 anos	>80 anos	UMW	P
		OM	OM		
Domínio Físico		25,91	25,02	299,500	0,829
Domínio Psicológico		24,26	26,96	277,000	0,511
Domínio das Relações Sociais		24,57	26,59	285,500	0,610
Domínio Ambiente		24,74	26,39	290,000	0,687
Qualidade de vida (global)		23,63	27,70	260,000	0,311

- **Estado Civil**

No que se refere à relação entre a QV e o estado civil, afere-se que são os doentes sem companheiro(a) os que apresentam valores de ordenação média mais elevados, indicando que percecionam mais positivamente a sua QV em todos os domínios, sobretudo no *domínio ambiente*, mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 13). Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 13 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o estado civil e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Estado civil	Sem companheiro(a)	Com companheiro(a)	UMW	P
		OM	OM		
Domínio Físico		25,55	25,42	293,000	0,976
Domínio Psicológico		25,82	24,97	284,500	0,840
Domínio das Relações Sociais		26,53	23,82	262,500	0,503
Domínio Ambiente		27,27	22,61	239,500	0,268
Qualidade de vida (global)		27,00	23,05	248,000	0,338

- **Ocupação**

No que diz respeito à relação entre a QV e a ocupação dos doentes, afere-se que os doentes com melhor percepção da sua QV são os que estão ativos profissionalmente, sendo estes também os que revelam mais QV global. No entanto, não há relevância estatística (cf. Tabela 14). Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 14 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a ocupação e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Situação profissional	Ativo	Não ativo	UMW	P
		OM	OM		
Domínio Físico		36,13	24,58	49,500	0,132
Domínio Psicológico		36,13	24,58	49,500	0,132
Domínio das Relações Sociais		37,50	24,46	44,000	0,090
Domínio Ambiente		37,88	24,42	42,500	0,076
Qualidade de vida (global)		33,38	24,82	60,500	0,272

- **Habilitações literárias**

Através dos resultados apresentados na Tabela 15, verifica-se que os doentes com outras habilitações literárias (habilitações superiores), são os que percebem mais positivamente a sua QV, particularmente ao nível do *domínio relações sociais*, onde são os doentes com até ao 1.º ciclo do ensino básico que apresentam um valor de ordenação média mais baixo, resultando em diferença estatisticamente significativa ($X^2=6,401$; $p=0,041$). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para a relação entre as habilitações literárias e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Habilitações Literárias	Não sabe ler e escrever	Até ao 1.º ciclo do ensino básico	Outras habilitações	X ²	P
		OM	OM	OM		
Domínio Físico		23,86	25,57	27,28	0,277	0,871
Domínio Psicológico		23,41	25,07	29,50	0,944	0,624
Domínio das Relações Sociais		28,36	21,75	34,50	6,401	0,041
Domínio Ambiente		21,73	24,37	33,89	3,966	0,138
Qualidade de vida (global)		24,91	24,40	29,89	1,067	0,587

- **Agregado familiar**

Afere-se que os doentes que vivem sozinhos percebem mais positivamente a sua QV em todos os domínios, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio ambiente*, sendo neste domínio onde os doentes que vivem acompanhados revelam menor QV, com diferença estatisticamente significativa no *domínio ambiente* ($X^2=158,000$; $p=0,011$) (cf. Tabela 16). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 16 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre o agregado familiar e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Agregado familiar	Vive só	Vive acompanhado	UMW	p
		OM	OM		
Domínio Físico		28,44	23,98	230,500	0,303
Domínio Psicológico		29,79	23,29	207,500	0,132
Domínio das Relações Sociais		27,03	24,71	254,500	0,577
Domínio Ambiente		32,71	21,79	158,000	0,011
Qualidade de vida (global)		28,82	23,79	224,000	0,233

- **Zona de residência**

Os dados apresentados na Tabela 17 indicam que os doentes residentes em meio urbano percecionam de forma mais positiva a sua QV, excetuando no *domínio psicológico*, onde o valor de ordenação média mais elevado corresponde aos doentes que vivem em meio rural, todavia sem relevância estatística. Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 17 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a zona de residência e a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Zona de residência	Urbana	Rural	UMW	P
		OM	OM		
Domínio Físico		28,86	22,86	234,000	0,145
Domínio Psicológico		25,20	25,73	301,500	0,898
Domínio das Relações Sociais		28,98	22,77	231,500	0,118
Domínio Ambiente		28,41	23,21	244,000	0,207
Qualidade de vida (global)		28,32	23,29	246,000	0,212

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis clínicas (nível de independência nas AVD, intensidade da dor) e a QV dos doentes internados na RNCCI.

- **Nível de independência nas AVD**

Procurou-se saber se o nível de independência para a realização das AVD interfere na QV dos doentes internados na RNCCI, inferindo-se que os doentes independentes são os que têm uma melhor perceção da sua QV, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio físico*, onde se regista um valor mais baixo de QV por parte dos doentes dependentes para as suas AVD.

Importa referir que os doentes com dependência ligeira também percecionam a sua QV de forma mais positiva. Registam-se diferenças estatisticamente significativas em todos

os domínios da QV ($p < 0,05$), exceto no *domínio das relações sociais* (cf. Tabela 18). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre o nível de independência para a realização das AVD e a QV dos participantes.

Nível de independência para a realização das AVD	Dependência total	Dependência grave	Dependência Moderada	Dependência ligeira	Independente	X ²	P
	OM	OM	OM	OM	OM		
Qualidade de Vida							
Domínio Físico	9,78	22,10	23,75	31,13	39,27	22,498	0,000
Domínio Psicológico	10,67	24,55	25,04	29,94	35,77	15,808	0,003
Domínio das Relações Sociais	22,33	17,50	24,04	28,25	34,95	9,282	0,054
Domínio Ambiente	17,67	21,70	21,88	25,69	39,18	13,949	0,007
Qualidade de vida (global)	10,44	23,90	24,88	30,63	36,23	17,717	0,001

- **Intensidade da dor**

Quanto à relação entre a QV e a intensidade da dor apresentada pelos doentes, infere-se que, na globalidade, são os participantes com dor moderada os que percecionam mais positivamente a sua QV em todos os domínios, com destaque para o *domínio físico*, seguindo-se o *domínio das relações sociais*. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 19). Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Tabela 19 – Teste de U-Mann Whitney para a relação entre a intensidade da dor a QV dos participantes.

Qualidade de Vida	Intensidade da dor		UMW	p
	Leve	Moderada		
	OM	OM		
Domínio Físico	23,64	30,29	185,000	0,145
Domínio Psicológico	24,64	27,71	221,000	0,500
Domínio das Relações Sociais	23,79	29,89	190,500	0,164
Domínio Ambiente	24,65	27,68	221,500	0,506
Qualidade de vida (global)	24,67	27,64	222,000	0,504

Hipótese (H3) – As variáveis independentes são preditores do nível de QV dos doentes internados na RNCCI.

Como a seguir se apresenta, optámos por efetuar um conjunto de regressões múltiplas com o intuito de avaliar a capacidade preditiva de algumas variáveis independentes sobre a variável dependente.

Relação entre algumas variáveis independentes e o domínio físico

Estudou-se, em primeiro lugar, a relação entre algumas variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, nível de independência para a realização das AVD e intensidade da dor) com o *domínio físico* da QV. Os valores correlacionais, entre as diferentes variáveis em análise são negativas para a idade ($r=-0,214$), estado civil ($r=-0,034$) e para a intensidade da dor ($r=-0,183$), o que permite afirmar que quanto menor idade os participantes tiverem, independentemente do estado civil, menos intensidade de dor tiverem, mais QV no *domínio físico* os doentes possuem. Apenas se registam diferenças estatisticamente significativas no sexo ($p=0,016$) e no nível de independência para a realização das AVD ($p=0,000$) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio físico.

Variáveis independentes	R	P
Idade	-0,214	0,068
Sexo	0,302	0,016
Estado civil	-0,034	0,408
Agregado familiar	0,133	0,179
Nível de independência para a realização das AVD	0,700	0,000
Intensidade da dor	-0,183	0,102

Neste modelo de regressão são seis as variáveis que se configuram como predictoras da QV ao nível físico. As variáveis a entrarem no modelo de regressão explicam, na sua totalidade, 60,0% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 54,4%. O erro padrão de regressão é 10,465 e o teste F ($f=10,740$; $p=0,000$) e os valores de t ($t=3,926$; $p=0,000$) apresentam significância estatística, o que leva a inferir que a idade, o sexo, o estado civil, o agregado familiar, o nível de independência para a realização das AVD e a intensidade da dor têm poder explicativo sobre a QV ao nível físico. Aceita-se a sub-hipótese formulada.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a idade, o estado civil e a intensidade da dor estabelecem uma relação inversa com a QV no *domínio físico*, sugerindo que quanto menos idade, menos intensidade da dor e independentemente do estado civil, maior QV física os doentes possuem. Utilizou-se o VIF (*variance inflation factor*) para diagnosticar a multicolinearidade, concluindo-se pelo resultado que a idade, o sexo, o estado civil, o agregado familiar, o nível de independência para a realização das AVD e a intensidade da dor não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0, conforme preconizado por Pestana & Gageiro (2014) (cf. Tabela 21).

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para o *domínio físico* da QV que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Domínio físico} = 37,181 + (-0,165 \text{ idade}) + (6,858 \text{ sexo}) + (-1,369 \text{ estado civil}) + (2,707 \text{ agregado familiar}) + (0,320 \text{ nível de independência para a realização das AVD}) + (-1,648 \text{ intensidade da dor})$$

Tabela 21 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio físico.

Variável dependente: Domínio físico					
R=0,774					
R ² =0,600					
R ² Ajustado=0,544					
Erro padrão de estimativa=10,465					
INCREMENTO DE R²=0,600					
F=10,740					
p=0,000					
Variáveis independentes	Pesos de Regressão				
	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	P	VIF
Constante	37,181		3,926	0,000	
Idade	-0,165	-0,150	-1,434	0,159	1,167
Sexo	6,858	0,217	2,183	0,035	1,062
Estado civil	-1,369	-0,043	-0,363	0,719	1,532
Agregado familiar	2,707	0,084	0,671	0,506	1,668
Nível de independência para a realização das AVD	0,320	0,653	6,428	0,000	1,108
Intensidade da dor	-1,648	-0,179	-1,790	0,080	1,074

Relação entre algumas variáveis independentes e o domínio psicológico

Estudou-se, em segundo lugar, a relação entre algumas variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, nível de independência para a realização das AVD e intensidade da dor) com o *domínio psicológico* da QV. Os valores correlacionais, entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente *domínio psicológico* da QV são na globalidade positivas, à exceção da idade ($r=-0,024$), sugerindo que quanto menos idade os participantes têm maior é a sua perceção positiva da QV ao nível psicológico. Apenas se regista diferença estatisticamente significativa no nível de independência para a realização das AVD ($p=0,000$) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio psicológico.

Variáveis independentes	r	P
Idade	-0,024	0,435
Sexo	0,081	0,288
Estado civil	0,041	0,390
Agregado familiar	0,222	0,061
Nível de independência para a realização das AVD	0,586	0,000
Intensidade da dor	0,043	0,383

Neste modelo de regressão apenas uma variável é preditora da QV no *domínio psicológico*, ou seja, o nível de independência para a realização das AVD. A variável a entrar no modelo de regressão explica, na sua totalidade, 34,3% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 33,0%. O erro padrão de regressão é 10,497 e o teste F ($f=25,097$; $p=0,000$) e os valores de t ($t=12,900$; $p=0,000$) apresentam significância estatística, indicando que o nível de independência para a realização das AVD tem poder explicativo sobre a QV ao nível psicológico. Aceita-se parcialmente sub-hipótese formulada

Através dos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV no *domínio psicológico*, sugerindo que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua perceção da QV em termos psicológicos. O valor da multicolinearidade VIF é inferior a 5.0 ($VIF=1,000$), como tal, esta variável não é colinear (cf. Tabela 23).

Pela constante e pelos coeficientes B determina-se o modelo final ajustado para o *domínio psicológico* da QV que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Domínio psicológico} = 37,486 + (0,238 \text{ nível de independência para a realização das AVD})$$

Tabela 23 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio psicológico.

Variável dependente: Domínio psicológico					
R=0,586					
R ² =0,343					
R ² Ajustado=0,330					
Erro padrão de estimativa=10,497					
INCREMENTO DE R²=0,330					
F=25,097					
p=0,000					
Variáveis independentes	Pesos de Regressão		T	P	VIF
	Coefficiente B	Coefficiente beta			
Constante	37,486		12,900	0,000	
Nível de independência para a realização das AVD	0,238	0,586	5,010	0,000	1,000

Relação entre algumas variáveis independentes e o domínio das relações sociais

Em terceiro lugar estudou-se a relação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, nível de independência para a realização das AVD e intensidade da dor) com o *domínio das relações sociais*, cujos valores correlacionais são negativos para a idade ($r=-0,167$), sexo ($r=-0,037$) e para a intensidade da dor ($r=-0,113$) sugerindo que quanto menos idade os participantes têm e menos intensidade da dor, independentemente do sexo, maior é a sua perceção positiva da QV no que se refere às *relações sociais*. Apenas se regista

diferença estatisticamente significativa no nível de independência para a realização das AVD ($p=0,001$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio das relações sociais.

Variáveis independentes	R	P
Idade	-0,167	0,123
Sexo	-0,037	0,398
Estado civil	0,037	0,398
Agregado familiar	0,033	0,410
Nível de independência para a realização das AVD	0,419	0,001
Intensidade da dor	-0,113	0,217

Neste modelo de regressão apenas uma variável é preditora da QV no *domínio das relações sociais*, o nível de independência para a realização das AVD. A variável a entrar no modelo de regressão explica, na sua totalidade, 17,6% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 15,8%. O erro padrão de regressão é 9,696 e o teste F ($f=10,219$; $p=0,002$) e os valores de t ($t=19,172$; $p=0,000$) apresentam significância estatística, indicando que o nível de independência para a realização das AVD tem poder explicativo sobre a QV ao nível das *relações sociais*. Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Pelos coeficientes padronizados beta, afere-se que o nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV no *domínio das relações sociais*, indicando que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua percepção da QV nas relações sociais. O valor da multicolinearidade VIF é inferior a 5.0 ($VIF=1,000$), sugerindo que a variável não é colinear (cf. Tabela 25).

Pela constante e pelos coeficientes B determina-se o modelo final ajustado para o *domínio das relações sociais* que é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Domínio das relações sociais} = 51,458 + (0,140 \text{ nível de independência para a realização das AVD})$$

Tabela 25 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio das relações sociais.

Variável dependente: <i>Domínio das relações sociais</i>					
R=0,419					
R ² =0,176					
R ² Ajustado=0,158					
Erro padrão de estimativa=9,696					
INCREMENTO DE R²=0,176					
F=10,219					
p=0,002					
Variáveis independentes	Pesos de Regressão				
	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	VIF
Constante	51,458		19,172	0,000	
Nível de independência para a realização das AVD	0,140	0,419	3,197	0,002	1,000

Relação entre algumas variáveis independentes e o domínio ambiente

Estudou-se, em quarto lugar, a relação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, nível de independência para a realização das AVD e intensidade da dor) com o *domínio ambiente*, cujos valores correlacionais são negativos para a idade ($r=-0,164$) e para a intensidade da dor ($r=-0,031$) sugerindo que quanto menos idade os participantes têm e menos intensidade da dor, maior é a sua percepção positiva da QV no *domínio ambiente*. Apenas existe diferença estatisticamente significativa no nível de independência para a realização das AVD ($p=0,000$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o domínio ambiente.

Variáveis independentes	R	P
Idade	-0,164	0,127
Sexo	0,118	0,207
Estado civil	0,111	0,220
Agregado familiar	0,312	0,014
Nível de independência para a realização das AVD	0,502	0,000
Intensidade da dor	-0,031	0,417

No presente modelo de regressão apenas uma variável é preditora da QV no *domínio ambiente*, o nível de independência para a realização das AVD, que, ao entrar no modelo de regressão, explica, na sua totalidade, 25,2% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 23,7%. O erro padrão de regressão é 6,932 e o teste F ($f=16,203$; $p=0,000$) e os valores de t ($t=24,548$; $p=0,000$) apresentam significância estatística, sugerindo que o nível de independência para a realização das AVD tem poder explicativo sobre a QV ao nível do *domínio ambiente*. Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Com base nos coeficientes padronizados beta, constata-se que o nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV no *domínio ambiente*, sugerindo que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua percepção da QV no domínio ambiente. O valor da multicolinearidade VIF é inferior a 5.0 ($VIF=1,000$), indicando que a variável não é colinear (cf. Tabela 27).

Através da constante e pelos coeficientes B determina-se o modelo final ajustado para o *domínio ambiente* dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Domínio ambiente} = 47,109 + (0,126 \text{ nível de independência para a realização das AVD})$$

Tabela 27 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o domínio ambiente.

Variável dependente: Domínio ambiente					
R=0,502					
R ² =0,252					
R ² Ajustado=0,237					
Erro padrão de estimativa=6,932					
INCREMENTO DE R²=0,252					
F=16,203					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	VIF
Constante	47,109		24,548	0,000	
Nível de independência para a realização das AVD	0,126	0,502	4,025	0,000	1,000

Relação entre algumas variáveis independentes e a QV global

Por último, estudou-se a relação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, nível de independência para a realização das AVD e intensidade da dor) com a QV global, onde se constata um valor correlacional negativo apenas para a intensidade da dor ($r=-0,041$) sugerindo que quanto menos intensidade da dor maior é a percepção positiva da QV global por parte dos doentes. Por outro lado, verifica-se que existe uma correlação positiva com as restantes variáveis, sugerindo que independentemente do sexo e do agregado familiar, quanto mais idade os participantes têm e mais independentes são para a realização das AVD mais positiva é a percepção da sua QV. Apenas existe diferença estatisticamente significativa no nível de independência para a realização das AVD ($p=0,000$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e a QV global.

Variáveis independentes	R	P
Idade	0,033	0,410
Sexo	0,141	0,165
Estado civil	0,163	0,130
Agregado familiar	0,234	0,051
Nível de independência para a realização das AVD	0,613	0,000
Intensidade da dor	-0,041	0,388

No presente modelo de regressão apenas uma variável é preditora da QV global, o nível de independência para a realização das AVD, que, ao entrar no modelo de regressão, explica, na sua totalidade, 37,6% da variabilidade, sendo a variância explicada ajustada de 36,3%. O erro padrão de regressão é 13,691 e o teste F ($f=28,955$; $p=0,000$) e os valores de t ($t=10,019$; $p=0,000$) apresentam significância estatística, sugerindo que o nível de independência para a realização das AVD tem poder explicativo sobre a QV global. Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Através dos coeficientes padronizados beta, afere-se que o nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV global, indicando que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua percepção da QV global. O valor da multicolaridade VIF é inferior a 5.0 (VIF=1,000), indicando que a variável não é colinear (cf. Tabela 29).

Através da constante e pelos coeficientes B determina-se o modelo final ajustado para a QV global dado pela seguinte fórmula:

$$\text{QV global} = 37,969 + (0,333 \text{ nível de independência para a realização das AVD})$$

Tabela 29 - Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e a QV global.

Variável dependente: QV global					
R=0,613					
R ² =0,376					
R ² Ajustado=0,363					
Erro padrão de estimativa=13,691					
INCREMENTO DE R²=0,376					
F=28,955					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	P	VIF
Constante	37,969		10,019	0,000	
Nível de independência para a realização das AVD	0,333	0,613	5,381	0,000	1,000

3. Discussão

No presente capítulo procede-se, em primeiro lugar, à discussão metodológica, seguindo-se a discussão dos resultados, na tentativa de se dar resposta às questões de investigação e atingir os objetivos inicialmente traçados.

3.1. Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos usados na investigação revelaram-se concordantes com os objetivos delineados, bem como com as características da amostra. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, o qual foi preenchido pelos participantes.

Uma limitação metodológica prende-se com o facto de se ter realizado um estudo com enfoque transversal, cujas avaliações foram feitas num único momento, não existindo, portanto, um período de seguimento dos participantes.

A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo. O facto de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência e não a incidência, torna limitada a informação produzida por este tipo de estudos, no que respeita à história natural dos acontecimentos e ao seu prognóstico (Fortin, 2009).

Todavia, para se levar a cabo este estudo transversal, foi necessário, em primeiro lugar, definir as questões a responder, depois, definir-se a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação esteve condicionada com as opções metodológicas, não sendo, por isso, possível generalizarem-se os resultados, o que só será possível com a corroboração de outros estudos da mesma área, todavia com amostras mais dilatadas.

Contudo, apesar destas limitações, pode afirmar-se que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo acerca da QV de doentes internados na RNCCI, tendo em

conta as variáveis sociodemográficas, o nível de independência nas AVD e a avaliação da dor na amostra selecionada.

3.2. Discussão dos resultados

A amostra deste estudo é constituída por 50 doentes internados na RNCCI, dos quais 62,0% são mulheres e 38,0% homens, com uma idade mínima de 40 anos e uma máxima de 97 anos, correspondendo a uma média de 75,22 anos \pm 14,012, com predomínio dos que possuem idade igual ou inferior aos 80 anos (54,0%), fazendo parte deste grupo 52,6% dos homens e 54,8% das mulheres. A grande maioria dos doentes (62,0%) não tem companheiro(a), residindo quase a totalidade da amostra (92,0%) em meio urbano, com 60,0% a terem habilitações literárias até ao 1.º ciclo do ensino básico, fazendo parte deste grupo 57,9% dos homens e 61,3% das mulheres, seguindo-se os doentes que não sabem ler nem escrever (22,0%). Mais de metade da amostra (66,0%) vive acompanhada e 34,0% dos participantes vivem sozinhos.

Estes resultados estão em conformidade com o perfil sociodemográfico da amostra de 42 doentes internados na UCCI de Bragança e Mirandela, repartidos de forma equitativa pelas duas unidades, do estudo de Pinheiro (2016), onde também se registou uma prevalência de doentes do sexo feminino (52,4%), casados (61,9%), apresentando um nível de escolaridade baixo, pois 33,3% não sabem ler nem escrever e 31% completou no máximo o 1.º ciclo do ensino básico. Globalmente, a média observada das idades no estudo de Pinheiro (2016) é de 71,02 anos \pm 13,12 anos, sendo a média de idade encontrada na amostra em estudo (M=75,22 anos \pm 14,012) mais elevada.

Tendo-se em consideração os dados do Instituto Nacional de Estatísticas [INE] (2014), também se pode constatar um maior predomínio de mulheres face aos homens, uma tendência reforçada à medida que a idade avança. Estes resultados podem ser justificados com base na sobre-mortalidade da população masculina relativamente à feminina. Em Portugal, segundo os dados do INE (2014), a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos era, em 2011, de 19%.

Este retrato social da sociedade portuguesa tem propensão a piorar, estimando-se que o aumento da população idosa com 65 ou mais anos de idade residente em território nacional aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Espera-se que, em 2060, a população idosa possa atingir 3 344 milhares no cenário alto e 2 729 milhares no cenário baixo (INE, 2014).

Observando-se ainda os dados disponibilizados pelo INE (2014), verifica-se que o nível de escolaridade atingido pela população portuguesa progrediu significativamente na última década. Todavia, nesses mesmos dados, também se pode verificar que o nível de escolaridade da população com idade igual ou superior a 65 anos é ainda muito baixo, tal como indicam os resultados obtidos no presente estudo.

As estatísticas da avaliação do desempenho das AVD mostram que os homens, na globalidade, revelam mais independência total para a realização das AVD avaliadas ($M=56,32\pm 35,07$), sendo que as mulheres manifestam mais dependência ($M=50,32\pm 29,60$). Verificou-se que este grupo de doentes é mais independente nas atividades evacuar (54,0%), urinar (40,0%), ir ao wc (34,0%) e alimentação (52,0%). Contrariamente, a maior dependência recai sobre o banho (70,0%), a higiene pessoal (54,0%), mobilidade (32,0%), transferência (46,0%), subir escadas (56,0%) e vestir-se (38,0%).

Importa, neste âmbito, referir que o motivo de internamento dos doentes nas UCCI são de diversa natureza, com maior destaque para as quedas, Acidente Vascular Cerebral em reabilitação, o que está em conformidade com o objetivo principal da rede, que se rege pela prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (RNCCI, 2009).

A grande maioria dos doentes (66,0%) apresenta dor com intensidade leve, onde se incluem 63,2% dos homens e 67,7% das mulheres. Verifica-se ainda que 34,0% dos doentes tem dor de intensidade moderada, dos quais 36,8% são homens e 32,3% mulheres, mas sem relevância estatística.

Estes resultados levam a inferir que a QV é uma variável a ser considerada na avaliação da pessoa com dor. Silva, Hortense, Napoleão e Stefane (2016), no seu estudo, encontraram correlações que indicam que as pessoas com maior intensidade de dor apresentam menor QV. Por conseguinte, conhecer e associar variáveis como dor e QV assume toda a relevância para a prestação de cuidados de saúde aos doentes, de modo que se lhes possa garantir um aumento da sua QV.

No que diz respeito à primeira questão de investigação, os resultados relativos à QV mostram que, os doentes revelam uma QV global razoável ($M=55,50\pm 17,15$), com uma perceção mais elevada de QV no *domínio das relações sociais* (média= $58,83\pm 10,56$) e no *domínio ambiente* (média= $53,75\pm 7,93$), sendo o valor mais baixo o obtido no *domínio físico* (média= $36,66\pm 15,49$), com diferenças estatisticamente significativas para o *domínio físico* ($p=0,001$), *domínio das relações sociais* ($p=0,000$) e na QV global ($p=0,000$).

Estes resultados corroboram os encontrados por Pinheiro (2016), cuja amostra também revelou melhor percepção de QV ao nível das *relações sociais* e no que respeita ao *ambiente*, revelando menor percepção de QV no *domínio físico*.

De acordo com Feliz (2012), os recursos, como a amabilidade dos cuidadores e as condições físicas das unidades de internamento, são fatores preditores de QV. Contudo, o mesmo autor salienta que nunca se deve imiscuir do pressuposto que a QV tem sido concebida e desenvolvida como um aspeto da subjetividade individual, ou seja, enquanto “Estado da Pessoa”.

Os resultados alcançados no presente estudo poderão ser indicativos de que os doentes estão satisfeitos com a prestação de cuidados fornecidos pelos profissionais de saúde da UCCI, onde se encontram internados.

O *domínio físico* é muito importante devido ao que significa para as pessoas, na medida que interfere com a mobilidade e a perdas de funções, representando, deste modo, uma baixa QV.

Por outro lado, o *domínio das relações sociais* tem um impacto significativo na QV em doentes internados em UCCI, uma vez que, em alguns casos, a impossibilidade de mobilidade, impede-os de manter por um período temporário ou definitivo, dependendo do estado clínico de cada doente, a capacidade na participação social, na mobilização de redes de proximidade e vizinhança, na autonomia para a tomada de decisões.

Por conseguinte, os profissionais de saúde a exercerem em UCCI, dentro do possível, tentam minimizar essas situações, envolvendo pessoas significativas no tratamento, ajustando intervenções importantes, preconizando auxílio à família, preparando sempre o doente para o pós-alta da unidade (Feliz, 2012; Pinheiro, 2016).

Relativamente à segunda questão de investigação, através da qual se pretendeu saber em que medida as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na QV dos doentes internados na RNCCI, inferiu-se que as habilitações literárias se assumem como uma variável com interferência estatística, sendo os doentes com habilitações literárias superiores os que percecionam mais positivamente a sua QV, particularmente ao nível do *domínio relações sociais*, onde são os doentes com escolaridade até ao 1.º ciclo do ensino básico que apresentam um valor de ordenação média mais baixo, resultando em diferença estatisticamente significativa na satisfação global ($X^2=6,401$; $p=0,041$). Neste âmbito, Rosa, Benício, Alves e Lebrão (2007) referem que as pessoas com mais habilitações literárias percecionam mais positivamente a sua QV.

Outra variável sociodemográfica com interferência na QV é o agregado familiar, tendo-se verificado que os doentes que vivem sozinhos percecionam mais positivamente a sua QV

em todos os domínios, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio ambiente*, sendo neste domínio onde os doentes que vivem acompanhados revelam menor QV, com diferença estatisticamente significativa no *domínio ambiente* ($X^2=158,000$; $p=0,011$).

Estes resultados não estão em conformidade com os apurados por Pinheiro (2016), uma vez que a autora verificou que os doentes que vivem acompanhados percebem mais positivamente a sua QV.

Importa salientar que a família, por norma, constitui-se como a principal rede de apoio social, exercendo função protetora face às tensões geradas pela vida quotidiana e pelas situações de doença (Inouye, Barham, Pedrazzani, & Paravini, 2010). De acordo com as mesmas autoras, o suporte familiar é um recurso primário de socialização através do qual os padrões de comportamento, os valores, as crenças e os costumes são transmitidos, bem como as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas. Um suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertença, cuidado e estima, resultando numa melhor perceção da QV.

Inferiu-se que os doentes independentes são os que têm uma melhor perceção da sua QV, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio físico*, onde se regista um valor mais baixo de QV por parte dos doentes dependentes para as suas AVD. Importa referir que os doentes com dependência ligeira também percebem a sua QV de forma mais positiva. Registam-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV ($p<0,05$), à exceção do *domínio das relações sociais* ($p=0,054$). Pinheiro (2016), aferiu que os doentes independentes são os que manifestam melhor perceção da sua QV, com uma média mais elevada no *domínio físico*. Estes resultados poderão ser explicados com o facto de os utentes que se encontram mais debilitados, no que se refere à sua autonomia, se encontrarem dependentes nas AVD e no que respeita a cuidados de saúde, resultando numa perceção mais negativa da sua QV. Silva (2011) também verificou no seu estudo que os doentes com menor grau de independência para a realização das AVD manifestam um estado de insegurança e um sentimento de vulnerabilidade, resultando em menor QV.

Constatou-se que a idade, o estado civil e a intensidade da dor são variáveis preditoras da QV no *domínio físico*, cujos resultados revelam que quanto menos idade, menos intensidade da dor e independentemente do estado civil, maior é a perceção positiva de QV no *domínio físico*. Aferiu-se que o nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV no *domínio psicológico*, *domínio ambiente*, *domínio das relações sociais* e QV global, sugerindo que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua perceção da QV em termos psicológicos, em relação ao ambiente, em relação às relações sociais e face à QV global. Estes resultados

estão em consonância com os apurados por Couto (2012), cujo estudo revela que os doentes internados numa UCCI com maiores níveis de independência para a realização das AVD revelam uma percepção mais positiva da sua QV.

Neste contexto, importa também referir que enfermeiro de reabilitação, no seio das Equipas das UCCI, assume um papel de referência, “encontrando-se muito bem posicionado para ajudar as pessoas a reconstruir a sua autonomia, através de um trabalho de proximidade no domicílio” (Margato, Reis, Ferreira, Morais & Azenha, 2009, p.59). No uso das suas competências específicas na área da reabilitação, estes elaboram e implementam planos de intervenção, com a finalidade de melhorar a autonomia/independência das pessoas no autocuidado, promovendo o seu bem-estar e QV.

Face aos resultados apurados, ressalva-se que a QV, segundo Beckert, Irigaray e Trentini (2012), refere-se à percepção que a pessoa tem acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É uma interação dinâmica entre as condições externas da vida da pessoa e a percepção interna dessas condições. Ou seja, a QV tem a ver com a maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano e o seu estado de saúde.

4. Conclusão

Embora o conceito de QV tenha algumas variações, constatou-se, pela revisão da literatura, que existe unanimidade em relação a vários princípios que fazem parte de sua definição, nomeadamente: (i) multidimensionalidade, relacionando-se com o facto de que a vida abarca múltiplas dimensões, tais como a social, mental, material, física, cultural, económica, entre outras; (ii) dinâmica, o que se deve à sua característica inconstante no aqui e agora, como o trabalho, a família e a sociedade; (iii) subjetividade, estabelecida pelo significado individual atribuído às experiências inter e intrapessoais.

Foi com base nestes pressupostos que se procurou estudar a QV de 50 doentes internados na RNCCI, sendo uma amostra maioritariamente feminina, com uma idade mínima de 40 anos e uma máxima de 97 anos, correspondendo a uma média de 75,22 anos \pm 14,012, com predomínio dos que possuem idade igual ou inferior aos 80 anos, sem companheiro(a), residindo quase a totalidade da amostra em meio urbano, com habilitações literárias até ao 1.º ciclo do ensino básico. Mais de metade da amostra vive acompanhada. Os homens, na globalidade, revelam mais independência total para a realização das AVD avaliadas e as mulheres manifestam mais dependência. A grande maioria dos doentes apresenta dor com intensidade leve, seguidos dos doentes com dor de intensidade moderada.

Em relação aos dados mais relevantes referentes ao estudo inferiu-se que:

- a QV global percecionada pelos doentes pode considerar-se como razoável, sendo percecionada de forma mais positiva no *domínio das relações sociais* e no *domínio ambiente*, e de forma menos positiva no *domínio físico*.

- os doentes com habilitações literárias superiores percecionam mais positivamente a sua QV, particularmente ao nível do *domínio relações sociais*, onde são os doentes com escolaridade até ao 1.º ciclo do ensino básico que apresentam um valor de ordenação média mais baixo, resultando em diferença estatisticamente significativa;

- os participantes que vivem sozinhos percecionam mais positivamente a sua QV em todos os domínios, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio ambiente*, sendo neste domínio onde os doentes que vivem acompanhados revelam menor QV, com diferença estatisticamente significativa no *domínio ambiente*;

- os doentes independentes são os que têm uma melhor perceção da sua QV, com um valor de ordenação média mais elevado no *domínio físico*, onde se regista um valor mais baixo

de QV por parte dos doentes dependentes para as suas AVD, com diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV, à exceção do *domínio das relações sociais*.

Concluiu-se que a idade, o estado civil e a intensidade da dor são variáveis preditoras da QV no *domínio físico*, tendo-se verificado que quanto menos idade, menos intensidade da dor e independentemente do estado civil, maior é a perceção positiva de QV física. O nível de independência para a realização das AVD estabelece uma relação direta com a QV no *domínio psicológico, domínio ambiente, domínio das relações sociais*, e QV global, indicando que quanto mais independentes os doentes são para a realização das AVD, melhor é a sua perceção da QV em termos psicológicos, em relação ao ambiente, em relação às relações sociais, e face à QV global.

Face à análise do presente estudo, existiram resultados que nos surpreenderam, nomeadamente o facto dos doentes com idade superior a 80 anos percecionarem a sua QV de forma mais positiva em todos os domínios (com exceção do *domínio físico*), e relacionado com o facto dos doentes que vivem sozinhos percecionarem a sua QV, em todos os domínios, também de forma mais positiva. Estes factos, conduzem-nos a uma importante reflexão sobre a subjetividade da QV, tao patente na nossa conceptualização teórica.

Com a finalização deste estudo, impera a necessidade de refletir sobre a importância que a realização do mesmo despoletou. Esta investigação permitiu contribuir para conhecer a realidade em torno da QV do doente institucionalizado, identificando as características que a influenciam de forma determinante. Consciente das limitações deste estudo, ainda assim espera-se que contribua para um aumento da informação e conhecimento acerca dos aspetos sobre que versa.

Tendo em conta a formação recebida, considera-se que o enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante no processo de cuidados do doente e, por esse motivo, os dados obtidos neste estudo permitem, na nossa ótica, enriquecer a prestação de cuidados, abrindo portas para a reflexão de estratégias e intervenções que sejam mais direcionadas a suprir as necessidades específicas do doente com o intuito de melhorar a QV percecionada por ele.

Analisando os fatores que influenciam negativamente a perceção de QV, o enfermeiro de reabilitação poderá delinear o processo de cuidados de forma específica, potenciando os seus resultados.

Como ponto principal deste estudo, destaca-se a análise da QV do doente internado na RNCCI, permitindo facultar às instituições indicadores que poderão servir de ferramenta importante para ajudar numa melhor gestão dos serviços. Outro ponto, não menos relevante, é a possibilidade de se poderem comparar resultados de outros estudos semelhantes.

Todavia, convirá salientar que as limitações do presente estudo devem ser tidas em conta, nomeadamente na definição da amostra, não permitindo generalizar resultados. Por este motivo, sugere-se que o estudo possa ser continuado com uma amostra mais representativa da população, de modo a explorar as relações entre as variáveis e, assim, se possam generalizar os resultados.

Referências bibliográficas

- Alves, D. S. A., & Gonçalves, A. (2009). *Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos jovens entre os 11 e os 14 anos*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 6, 296-308.
- Andrade, J.M.O., Rios, L.R., Teixeira, L.S. et al. (2014). *Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos*. Ciência & Saúde Coletiva, 19(8): 3497-3504. DOI: 10.1590/1413-81232014198.19952013. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03497.pdf>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25, 59-66.
- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem - A perspectiva do enfermeiro*. Monografia. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa. Unidade de ponta de Lima. Faculdade de Ciências da Saúde.
- Beckert, M., Irigaray, T.Q., & Trentini, C.M. (2012). *Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos*. Estudos de Psicologia, 29(2), 155-162. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n2/a01v29n2.pdf>
- Campolina, A.G., Dini, P.S., & Ciconelli, R.M. (2009). *Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil)*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2919-2925. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>
- Canavarro, M.C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). *Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. Alicerces; III (3), 243-268. Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/770>

- Carvalho, M.I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Couto, M.G.A. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%C3%B3ria%201621_.pdf
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Diário da República — I SÉRIE-A n.º 109 - 6 de junho de 2006. Acedido em <http://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-101-2006-de-6-de-junho.pdf>
- Diniz, D.P., & Schor N. (2006). *Qualidade de vida*. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole.
- Direção Geral de Saúde (2003). Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho de 2003. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2007). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. ISBN 978-972-675-165-6.
- Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade y del Desporte*. Madrid, McGraw-Hill.
- Farias, G., & Martins, R. (2013). *Qualidade de vida da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Millenium, 45 (jan/jun), 195-209. Acedido em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8102/5697>

-
- Feliz, J. (2012). *A relação entre a qualidade de vida dos idosos e os cuidados continuados - contributos para (re) pensar a dimensão social da Qualidade de Vida*. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i- Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre. Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4591/1/Julieta%20Feliz_A%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20a%20qualidade%20de%20vida%20dos%20idosos%20e%20os%20cuidados%20continuados.pdf
- Fernandes, P. (2012). *Literacia em saúde: contribuição para o estudo de adaptação e validação do NVS - Newest Vital Sign*. (Dissertação de Mestrado). ISPA – Instituto Universitário. Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2287/1/14921.pdf>
- Fernandes-Rios, E.C. (2009). *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da qualidade.
- Ferreira, M.S.M.; Pereira, M.G. (2015). *O papel moderador do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida em doentes com lombalgia crónica*. DOI:10.1590/1413-81232015211.01012015. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0303.pdf>
- Ferreira, A.P.R. (2015). *Evolução funcional do doente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=39914>.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, V.S.C. (2013). *O planeamento das altas em unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção - um estudo de caso na unidade “Maturidade Rio Maior”*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanos e Tecnologias. Departamento de Serviço Social. Lisboa. Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5482/Disserta%C3%A7%C3%A3o>

o%20Mestrado%20-

%20Planeamento%20de%20Altas%20em%20ULDM.pdf?sequence=1

Guerreiro, I. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em <https://www2.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3654>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hermann, C.P., & Looney, S.W. (2011). *Determinants of quality of life in patients near the end of life: a longitudinal perspective*. *Oncol Nurs Forum*; 28(1), 23-31.

Inouye, K., Barham, E.J., Pedrazzani, E.S., & Pavarini, S.C.I. (2010). *Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social*.

Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(3), 582-592. Acedido em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000300019

Instituto Nacional de Estatísticas [INE] (2014). *Projeções de População Residente-2012-2060*. Acedido em <file:///C:/Users/Acer/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf>

Irigaray, T.Q., & Trentini, C.M. (2009). *Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva*. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 297-304. Acedido em

<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03>

Jones, L., Fitzgerald, G., Leurent, B., Round, J., Eades, J., Davis, S., et al. (2013)

Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*; 46(3), 315-325.e3. Acedido em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182307>

Leal, A.C.B. (2012). *Qualidade de vida dos idosos na Rede de Cuidados Continuados Integrados no Algarve*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Acedido em <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/5816>

Loureiro, L. (2015). *A literacia em saúde, as políticas e a participação*. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(1), 1. Acedido em

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v33n1/v33n1a01.pdf>

-
- Margato, C., Reis, M.J., Ferreira, O., Morais, L., & Azenha, A. (2009). *Viver em casa com a família após um episódio de doença: o contributo do SMFR dos HUC*. *Sinais vitais*, 86, 54-59. ISSN – 0872-0844.
- Martins, M. (2002). *Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: Uma Investigação no Adulto em Tratamento de Hemodiálise*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9745>
- Noronha, D.D., Martins, A.M.E., Dias, D.S. dos, Silveira, M.F., De Paula, A.M.B., & Haikal, D.S.A. (2015). *Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463-474. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0463.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. (2009). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Paschoal, S.C.M. (2010). *Qualidade de vida na velhice*. Portal do Envelhecimento. Acedido em <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/eqvspp4.htm>
- Paschoal, S. P. (2011). *Qualidade de vida na velhice*. In E. V. Freitas, L. Py, A. Nery, F. X. Cançado, J. Toll, & M. L. Gorzoni (eds). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 99-106). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Paskulin, L. G., Córdova, F. P., Costa, F. M., & Vianna, L. C. (2010). *Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 101-107. doi:10.1590/S0103-21002010000100016.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2791-0
- Pinheiro, E.A.D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola

Superior de Saúde. Bragança. Acedido em

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13039/1/Qualidade%20de%20vida%20dos%20utentes%20em%20Unidades%20de%20Cuidados%20Continuados%20%281%29.pdf>

Praça, M.I.F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*.

(Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/tese%20final%20Fevereiro.pdf>

Quivy, R & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*.

Lisboa: Gradiva Publicações Lda.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI 2008*. UMCCI. Acedido em

http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_desenvolvimento_actividadeRNCCI_2008.pdf

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2017). *Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social, I.P. Acedido em

http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a.

Regulamento nº 122/2011. *Regulamento de Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas*. Diário da República nº 35, 2ª Série, 18 de fevereiro

Regulamento nº 125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 35, 2ª Série, 18 de fevereiro.

Ribeiro, O., Cunha, M., Dias, A., Albuquerque, C. (2016). *Qualidade de vida dos ostomizados: perfil psicológico*. Servir. 59Nº3. Acedido em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4577/1/Qualidade%20de%20Vida%20dos%20Ostomizados%20Perfil%20Psicol%C3%B3gico.pdf>

-
- Rua, M. (2012). *Qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Viseu: Escola Superior de Saúde. Acedido em:
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1659/1/RUA%20Maria%20Augusta%20Gon%C3%A7alves%20Alves%20-%20Diss%20mestrado.pdf>
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Alves, M. C. G. P., & Lebrão, M. L. (2007). *Aspetos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992. Acedido em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200019.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidados de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A.V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Serra, V. S. (2010). *Qualidade de vida: significados e níveis de análise*. In & A. In M. Canavarro, *Qualidade de vida e Saúde: Significados e Níveis de Análise* (pp. 23-39). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Silva, A. P. da (2011). *A perceção da qualidade de vida do idoso institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em
http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf
- Silva, M.S., Hortense, P., Napoleão, A.A., & Stefane, T. (2016). *Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica*. *Revista de Enfermagem Eletrónica*, 1-8. Acedido em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29308>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, & Helmut, Z.B. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22276600>

- Twycross, R. (2013). *Cuidados paliativos*. 5ªed.. Lisboa: Editores Climepsi.
- Vanarama, M., Pieper, R., & Sixsmith, A. (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*. In 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.
- Vilar, M.M.P. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. (Tese de Doutoramento). Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/28680/1/Qualidade%20de%20Vida%20em%20Adultos%20Idosos.pdf>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- WHOQOL Group (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social Science and Medicine*, 10: 1403-1409.

ANEXOS

Anexo I -
Pedido de parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
 Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
 Professor Doutor Carlos Pereira
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102
 3500-843 Viseu

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

O orientador/docente Profª Drª Rosa Lopes Martins e o estudante Mara Lina Silva Abrantes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da unidade curricular de Relatório Final vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/investigação sobre o tema Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo "Dados do Projeto de Investigação" e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados.

Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados da vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 67/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Anexo II -
 Autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu
 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
 COMISSÃO DE ÉTICA

Resposta à intenção do
17.10.2016

FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

PARECER Nº 21/2016

Estudante(s)	Mara Lina Silva Abrantes
Orientador(es)	Profª Doutora Rosa Martins
Curso	Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
No âmbito de	Unidade curricular Relatório Final
Identificação do Estudo/Projecto	Qualidade de Vida no Doente Internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Data de submissão	17/10/2016
Relator	Prof. Doutora Susana André <i>Susana André</i>
A presidente da CE da ESSV	Prof. Doutora Ernestina Silva

X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: (ver requisitos)
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser aprovado)	MOTIVOS:

Anexo III -
Pedido de autorização aos autores da escala WHOQOL-BREF

Formulário WHOQOL *

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

1. Instrumento

WHOQOL – 100 X WHOQOL - bref

2. Identificação do Estudo/Projeto

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Tema: “Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados”.

3. Identificação do Investigador Responsável ou [para alunos] Orientador/supervisor de projeto/tese

Nome: Mara Lina Silva Abrantes (Aluna) e Prof^a Doutora Rosa Maria Lopes Martins (Orientadora)

4. Identificação dos elementos da equipa do projeto

Aluna: Mara Lina Silva Abrantes

Orientadora: Sr^a Prof^a Doutora Rosa Maria Lopes Martins

5. Objetivos do Projeto

Avaliar o nível de Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados e determinar a correlação entre as variáveis sociodemográficas, nível de dependência para a realização das Atividades de Vida Diária, e dor.

6. Dados Metodológicos

5.1. Tipo de população

Doentes internados na Rede Nacional de Cuidados Continuados

5.2. Tamanho da amostra

Aproximadamente 60 indivíduos.

5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Escala de Barthel

Escala da Dor- Escala Visual Analógica

Data: Seia, 29 de setembro de 2016

Assinatura: Mara Lina Silva Abrantes

Anexo IV - Autorização para utilização da escala WHOQOL-BREF

Resultados da pesquisa

Em pastas

- ✓ Todas as pastas
- Caixa de Entrada

De

Cláudia Melo
claudiasmelosilva@gma

Opções

Com anexos

Data

- Todos
- Esta semana
- Semana passada
- Este mês
- Seleccionar intervalo

De

sex 24-11-2017

A

sex 24-11-2017

Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

Cláudia Melo <claudiasmelosilva@gmail.com>

sex 30-09-2016, 22:19

Você

Responder | v

Sinalizar para seguimento. A iniciar em sexta-feira, 6 de Janeiro de 2017. A concluir em sexta-feira, 6 de Janeiro de 2017.

Respondeu em 05-10-2016 20:01.

2007_WHOQOL_Bref_...

6 MB

v

Estudos psicométrico...

124 KB

v

Explicação_cotação.doc

23 KB

v

Ref-values-final-docu...

52 KB

v

Mostrar todos os 5 anexos (7 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Pessoal

Cara Sra. Enfermeira Mara Abrantes,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.


P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,


Cláudia Melo.

No dia 29 de setembro de 2016 às 14:42, Mara Abrantes <mar_a Abrantes@msn.com> escreveu:

Anexo V -
Pedido de autorização para a colheita de dados na ABPG



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102F
 3500-843 VISEU
 Tel. 232 419 100F
 Telem. 891 011 800F
 Fax: 232 429 343F



Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Ex. Sr.:
 Diretor da Associação de Beneficência Popular de Gouveia
 Av. Cidade da Covilhã, Apertado-52
 6290-322 Gouveia

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data: /09/2016
Processo:	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADO S=

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Mara Lina Silva Abrantes do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados". Pretende-se com este estudo avaliar o nível de Qualidade de Vida, do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e determinar correlações entre variáveis sociodemográficas, nível de dependência para a realização das Atividades de Vida Diária e dor.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de janeiro a março de 2017, na Unidade de Cuidados Continuados da Associação de Beneficência Popular de Gouveia.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax: 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

 Professor Doutor Carlos Pereira

Manuseie, indique a necessidade de envio, em carta ofício habilitada, só de um assinante!

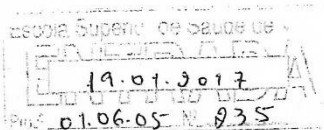
Site: <http://www.essv.ipv.pt> | E-mail: geral@essv.ipv.pt | Secretaria: servicosacademicos@essv.ipv.pt

**Anexo VI -
Autorização para a colheita de dados na ABPG**

Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV

De: João Granado <joaogranado@abpg.pt>
Enviado: quarta-feira, 18 de janeiro de 2017 17:18
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Cc: Luís Carrilho
Assunto: Solicitação de autorização para recolha de dados pela estudante Mara Abrantes

Exmo Senhor
Doutor Carlos Pereira
Presidente da ESS Viseu



No âmbito da solicitação de autorização para recolha de dados a efetuar na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Associação Beneficência Popular de Gouveia, pela estudante Mara Lina Silva Abrantes do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação sob orientação da Srª Profª Drª Rosa Martins, venho informar que a mesma está autorizada.

No entanto, uma vez que o instrumento de colheita de dados é extenso e demoroso obriga a que a investigadora se desloque a esta UCCI para a sua aplicação (efetuar um contacto prévio).

Desde já muito obrigado pela escolha da nossa instituição.

Atentamente

Enfº Chefe

João Granado

Anexo VII -

Instrumento de colheita de dados

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**

Escola Superior de Saúde de Viseu

**Unidade Científico Pedagógica:** Relatório Final**Investigador Principal:** Rosa Maria Lopes Martins**Investigador Colaborador:** Mara Lina Silva Abrantes**Curso:** Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**Qualidade de Vida do Doente Internado
na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Mara Lina Silva Abrantes, sou aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, que pretende avaliar a Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados. Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

As respostas são totalmente anónimas e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Mara Lina Silva Abrantes

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema - “Qualidade de Vida do Doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” e cujo objetivo principal é avaliar o nível da qualidade de vida do doente, internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e determinar a correlação entre variáveis socio demográficas, nível de dependência para a realização das Atividades de Vida Diária, e dor.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este formulário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), Data: ____/____/_____

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____ BI/CC n.º: _____, data/validade

Morada: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura _____

SECÇÃO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade _____ anos
2. **Género:** *(assinale com um X)*
 - Masculino
 - Feminino
3. **Estado Civil:** *(assinale com um X)*
 - Solteiro
 - Casado/União de facto
 - Divorciado/Separado
 - Viúvo
4. **Habilitações literárias:** *(assinale com um X)*
 - Não sabe ler e escrever
 - Ensino secundário
 - 1º Ciclo (4ª classe)
 - Curso médio
 - 2º Ciclo (9º ano)
 - Curso superior
5. **Profissão exercida:** *(assinale com um X)*
 - Operadores de Máquinas/ Fábricas
 - Vendedores Ambulantes, agricultores e pescas não qualificadas, empregada doméstica
 - Serviços e vendedores
 - Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura e pesca
 - Pintores, costureiros
 - Técnicos e profissões de nível intermédio
 - Administrativos
 - Quadros Superiores
6. **Ocupação:** *(assinale com um X)*
 - Trabalhador ativo
 - Desempregado
 - Reformado
 - Invalidez
7. **Agregado familiar:** *(assinale com um X)*
 - Vive só
 - Vive com outros familiares
 - Vive com companheira(o)
 - Vive em lar
8. **Onde vive:** *(assinale com um X)*
 - Cidade
 - Vila
 - Aldeia

SECÇÃO II - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ÍNDICE DE BARTHEL

(AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NAS ABVD'S)

(Mahoney e Barthel, 1965; Sequeira, 2007)

Nesta secção, por favor, coloque o valor da pontuação que melhor corresponda à sua situação.

		Pontuação
1. Higiene Pessoal	0 = Precisa de ajuda no cuidado pessoal	
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
2. Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	
	5 = Acidentes Ocasionais (uma vez por semana)	
	10 = Contigente	
3. Urinar	0 = Incontinente ou algaliado	
	5 = Acidentes ocasionais (máximo uma vez em 24 horas)	
	10 = Contigente (por mais de 7 dias)	
4. Ir à casa de banho (uso do sanitário)	0 = Dependente	
	5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
	10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
5. Alimentar-se	0 = Incapaz	
	5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
	10 = Independente (a comida é providenciada)	
6. Transferências (cadeira/cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	
	5 = Grande ajuda (uma ou das pessoas) física, consegue sentar-se	
	10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
	15 = Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
7. Mobilidade (deambulação)	0 = Imobilizado	
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec)	
	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
	15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex.: bengala)	
8. Vestir-se	0 = Dependente	
	5 = Precisa de ajuda mas faz cerca de metade sem ajuda	
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
9. Escadas	0 = Incapaz	
	5 = Precisa de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	
	10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares ex.: bengala)	
10. Banho	0 = Dependente	
	5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa esponja em todo o corpo sem ajuda)	
SCORE		

Dependência total <20; Grave 20-35; Moderada 40-55; Ligeira 60-89; Independente 90-100

SECÇÃO III - AVALIAÇÃO DA DOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



Em relação à dor que apresenta neste momento, quanto ao seu grau de dor, identifique visualizando a escala, tendo em conta que 0 (zero) significa **ausência total de dor** e 10 (dez) o nível de **dor máxima** suportável por si.

- Se não tiver dor, a classificação é **zero**;
- Se a dor for moderada, o seu nível de referência é **cinco**;
- Se for intensa, seu nível de referência é **dez**.

Dor	Sim	
	Não	
Intensidade	Leve (0 a 2)	
	Moderada (3 a 7)	
	Intensa (8 a 10)	

SECÇÃO IV - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL-BREF

(INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

(Grupo WHOQOL, 1998; Barros, 2002)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo (O) à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa / Nem Má	Boa	Muito Boa
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito / Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 F1.4	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Má	Má	Nem Boa / Nem Má	Boa	Muito Boa
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem** ou **satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 F8.1	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

**O preenchimento do formulário terminou.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.**