

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Madalena Cunha, pelos seus ensinamentos, disponibilidade e apoio, assim como o seu incentivo e interesse manifestado na orientação deste estudo.

A todos os doentes que participaram nesta investigação e que possibilitaram que se tornasse realidade.

A todos os meus amigos que sempre me incentivaram e apoiaram nos momentos de maior desânimo.

À minha família que sempre esteve presente e me apoiou ao longo deste caminho.

A todos que de forma direta ou indireta me ajudaram a concretizar este estudo

O meu sincero muito obrigado

Resumo

Os Cuidados Paliativos advogam um fim de vida com qualidade e sem sofrimento. A dimensão emocional é potencialmente afetada, pelo que a intervenção especializada se torna necessária.

Objetivou-se avaliar o otimismo/pessimismo da pessoa com necessidade de cuidados paliativos; averiguar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e satisfação com os cuidados no nível de otimismo/pessimismo.

Estudo transversal e descritivo, numa amostra não probabilística por conveniência de 83 pessoas. A média de idades foi de 70,9 anos, na maioria mulheres (50,6%), a residir em meio rural (65,1%), analfabetos (45,8%), com rendimento mensal correspondente ao ordenado mínimo (75,9%) e relatando prática religiosa (94,0%). Duração da doença inferior a dois anos (45,8%), maioritariamente com três internamentos (39,6%) e tempo de internamento máximo de duas semanas (36,5%). Utilizou-se um Questionário sociodemográfico, a Escala de Sonolência de Epworth (Jonhs, 1991), o Patient Satisfaction EORTC IN PATSAT 32, (EORTC Quality of Life Group, 2011) e o Teste de Orientação de Vida LOT-R (Monteiro, Tavares e Pereira, 2005)

Relataram sonolência moderada 32,5% dos participantes e 48,2% satisfeito com os cuidados. Apurou-se que 55,4% pontuaram com otimismo e 12% mostraram-se pessimistas. Inferiu-se que a sonolência tem relação positiva com o otimismo/pessimismo e a satisfação com os cuidados, uma relação inversa.

Os resultados sugerem efeito da sonolência e da satisfação sobre o otimismo/pessimismo dos participantes. Advoga-se a necessidade de desenvolver investigações sobre esta temática, de forma a desenvolver novos conhecimentos que suportem estratégias promotoras do otimismo da pessoa com necessidade de cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Sonolência; Satisfação; Otimismo/Pessimismo

Abstract

Framework: Palliative care advocates a quality end of life, without suffering. At this stage, the emotional dimension is potentially affected, which might call for a specialized intervention.

The objective was to evaluate the level of optimism/pessimism in the person in need of palliative care; ascertain the influence of social and demographic variables, as well as clinical and satisfaction, in the levels of optimism/pessimism.

Transversal and descriptive study, preformed on a non-probabilistic and by convenience sample of 83 people. The average age is 70,9 years, with the majority of the female gender (50,6%), residing in rural areas (65,1%), illiterate subjects (45,8%), with monthly income corresponding to a minimum salary (75,9%), and reports of religious affiliation (94,0%). Duration of the illness less than two years (45,8%), admitted for treatment for a maximum of three years (39,6%), the majority admitted for a maximum of two weeks (36,5%) .

We used a social and demographical questionnaire, Sleepiness EPWORTH Scale (Johns, 1991), the Patient Satisfaction EORTC IN PATSAT 32 (EORTC Quality of Life Group, 2011) and the Test for the Orientation of Life LOT-R (Monteiro, Tavares e Pereira, 2005).

Moderate sleepiness was reported by 32,5% of participants and 48,2% of the inquired were satisfied with the care given. We ascertained that 55,4% scored with optimism and 12% showed pessimism. We inferred also that sleepiness has a positive relation with optimism/pessimism, and satisfaction with care has an inverse relation.

The results suggest the existence of an effect of the sleepiness levels and satisfaction over the degree of optimism/pessimism of participants. We advocate the necessity to develop further investigation over this theme, so that new knowledge is developed which supports strategies that promote optimism of the person in need of palliative care.

Key-words: Palliative care, sleepiness, satisfaction, optimism/pessimism.

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE SIMBOLOS

1- INTRODUÇÃO	21
2 - CUIDADOS PALIATIVOS	25
2.1 - CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL	27
3 - OTIMISMO/PESSIMISMO	29
3.1 - OTIMISMO/PESSIMISMO NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	31
4.1 - AMOSTRA	34
4.2 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	35
4.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	36
4.5 - INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS	39
4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	41
4.7 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	43
5 – RESULTADOS.....	47
5.3 - OTIMISMO/PESSIMISMO NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	51
5.4 – RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES.....	53
6 - DISCUSSÃO DOS METODOS E RESULTADOS	65
7 - CONCLUSÕES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS	81

ANEXO I.....	83
“Instrumento de colheita de dados”	83
ANEXO II.....	93
“ Pedidos de autorização”	93
ANEXO III.....	105
“Consentimento informado”	129
ANEXO IV	133
“Parecer da Comissão de Ética”	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Operacionalização e recodificação das variáveis sociodemográficas	38
Quadro 2- Operacionalização e recodificação das variáveis clínicas	39
Quadro 3 - Índice de Alfa de Cronbach dos Instrumentos de Colheita de dados	41
Quadro 4 - Índices de classificação de dispersão.....	42
Quadro 5 - Índices para o coeficiente de correlação de Pearson.....	42
Quadro 6 - Índices para classificação de nível de significância associada a valor de prova .	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos	44
Tabela 2 -Comparação da variável idade no género.....	44
Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra em função do género.....	46
Tabela 4 - Caraterização clínica da amostra em função do género.....	48
Tabela 5 - Caraterização da sonolência em função do género	49
Tabela 6 - Estatística da satisfação global com os cuidados recebidos.....	50
Tabela 7 - Comparação da satisfação global no género	50
Tabela 8 - Satisfação com os cuidados prestados pelos médicos / enfermeiros / organização	51
Tabela 9 - Estatística global do otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados.....	52
Tabela 10 - Comparação do grau de otimismo/pessimismo por género	53
Tabela 11 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do género.....	54
Tabela 12 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função dos grupos etários.....	55
Tabela 13 -Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da zona de residência.....	56
Tabela 14 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função das habilitações literárias.....	57
Tabela 15 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da prática religiosa	58
Tabela 16 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do rendimento	58
Tabela 17 - Estatísticas do grau de otimismo/pessimismo global	59
Tabela 18 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do tempo de internamento	60
Tabela 19 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função de internamentos anteriores ..	60
Tabela 20 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função anos de doença	61
Tabela 21 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da sonolência	61

Tabela 22 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da satisfação com os cuidados	62
Tabela 23 - Relação entre a satisfação com os cuidados e o otimismo/pessimismo.....	62
Tabela 24 - Regressão linear múltipla entre a variável otimismo/pessimismo e as variáveis satisfação com os	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos onde se realizou a colheita de dados	34
Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

LOT-R – Teste de Orientação de Vida

IPO – Instituto Português de Oncologia

LISTA DE SIMBOLOS

% - Percentual

> - Maior

< - Menor

≥ - Maior igual

≤ - Menor igual

\bar{x} - Média

Dp – Desvio padrão

CV – Coeficiente de variação

χ^2 - Qui-Quadrado

N – Amostra

p- Nível de significância

SK – Skewness

t- student

K – Kurtosis

R – Regressão linear

1- INTRODUÇÃO

No século XXI o cancro é uma das várias pragas que afligem a humanidade, muitos consideram que todas as pessoas, têm uma grande probabilidade de ter na constituição do seu corpo um conjunto de células cancerígenas, podendo ou não no futuro desenvolver-se, daí resultando uma doença cancerígena, (Jesus, 2014).

Esta doença desenvolve-se em vários estádios, sendo a última fase o processo terminal; pode definir-se o processo terminal, como a fase onde a pessoa já não tem possibilidade de cura, necessitando por isso de ser cuidado. (Avanci et al.2009).

Os problemas, sejam eles de origem física, psicológica, emocional e espiritual, são características das pessoas que apresentam um quadro de doença grave, sem cura, numa fase já avançada e terminal. (Pereira, 2010)

Barbosa e Neto (2010) advogam mesmo que os doentes oncológicos têm nos últimos três meses de vida o seu momento de degradação mais acentuada. Nos doentes que não padecem de doença oncológica, mas que sofrem de uma doença mais prolongada, a deterioração faz-se por inúmeras agudizações e de uma maneira lenta.

Verifica-se em inúmeros países um aumento significativo de pessoas em situação de necessidade de cuidados, fazendo Portugal também parte desse grupo. Pessoas que precisam de cuidados, para um caminhar mais calmo e sereno, para aceitação de um diagnóstico de uma doença crónica incurável em que o fim se adivinha com a morte.

Os cuidados prestados na fase terminal são um grande desafio e estímulo para os enfermeiros que trabalham com estes doentes, pois devem ter a capacidade de identificar quando o limite do curar deixa de estar presente e passa a ser prioridade o cuidar, (Avanci et al.2009).

Assim, aparece o conceito de cuidados paliativos, que nasceu da necessidade da medicina moderna, aquela que é dita de científica e técnica, não ser capaz de colmatar as necessidades dos doentes que padecem de uma doença incurável, uma vez que ela estava apenas centrada no tratamento da doença. (Guillevin, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como: *uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através de prevenção e*

alívio de sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais., (Portugal, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010, p.7).

Não excluindo o fato de não existir possibilidade de cura, o médico e os outros profissionais devem preferencialmente dedicar-se ao doente, essa dedicação deixa de fazer uso de medidas terapêuticas agressivas, mas implica a necessidade de prestar medidas de conforto e colmatar as necessidades do doente, sejam elas de que ordem for e seja qual for a fase da doença, existe, assim, todo um novo significado na continuidade entre os “cuidados ditos curativos” e os “cuidados paliativos”. (Barbosa e Neto, 2010).

Os Cuidados Paliativos são cada vez mais o centro das atenções no seio das sociedades ocidentais, principalmente por existir um número cada vez mais elevado de pessoas diagnosticadas com doenças crónicas e que precisam de cuidados essenciais, (Melo e Camponero, 2011).

Os Cuidados Paliativos devem ter em conta a história evolutiva da doença, a história de vida do doente, as consequências fisiológicas, emocionais e culturais perante a doença. Dão um grande ênfase ao controlo da sintomatologia e à possibilidade de um bem-estar, seja ele para o doente, para a sua família ou modernamente como se diz para os cuidadores, (Academia Nacional Cuidados Paliativos [ANCP] 2012).

Vários autores provam (Ferreira, Antunes, Pinto e Gomes, 2012) que os cuidados paliativos são uma área promotora de aumento de contentamento, tanto por parte do doente, como das famílias, (cuidadores) evitam a realização de tratamentos severos que desgastam recursos e não aumentam a duração da vida.

A criação da área dos Cuidados Paliativos são um sinal importante, isto é: na medicina não tem só preocupação pelo curar o doente, mas também em prestar cuidados com amor a pessoas que não têm possibilidades de se curar, (Bermejo, Diaz-Albo e Sanchez, 2011).

Tem-se verificado que o otimismo/pessimismo não tem só o seu efeito nos pequenos males do dia-a-dia, tendo um papel fundamental em casos de doença pesada, tal como a sida e o cancro, (Desseilles e Mikolajczak, 2013).

Sendo um tema atual e em constante evolução uma vez que existem pessoas com necessidade de cuidados paliativos, é pertinente estudar “O otimismo/pessimismo na pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos”. Trata-se de um tema também em evolução na prática de enfermagem, no seio da sociedade contemporânea e de grande

importância para a OMS, fazendo da área dos cuidados paliativos uma primazia nas políticas de saúde.

O otimismo/pessimismo tem um efeito bastante importante e vasto na vida e saúde dos doentes, uma vez que otimismo proporciona uma melhor saúde mental, pois este possibilita aceitar as ocorrências da vida. Por outro lado, o pessimismo encontra-se ligado a sentimentos de falha, doença e medo. O otimismo é parte integrante da personalidade de cada um de nós, tendo na sua constituição uma parte cognitiva, sendo essa responsável pela elaboração das metas a alcançar e as esperanças ligadas ao futuro e por outro lado, uma constituinte emocional interligada à motivação, surge então o interesse de saber de que forma o otimismo vai influenciar a vida diária das pessoas, (Pedro, 2010).

A divergência entre ter uma visão otimista e pessimista surge na maneira pela qual se vai chegar à causa provocadora de acontecimentos bons ou menos bons, na vida da pessoa. Por seu lado, uma visão otimista liga-se com a saúde física e mental, enquanto a visão pessimista liga-se à depressão, ansiedade e comportamentos provocadores de risco, (Morais e Mascarenhas, 2010).

Saliente-se que nos pareceu oportuno investigar sobre a percepção dos utentes acerca do otimismo/pessimismo por se considerar que estes “estados de humor” tem influência na qualidade da saúde da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Após uma revisão bibliográfica em literatura especializada surgiram inúmeras questões às quais carece dar resposta acerca desta temática, ainda pouco investigada no nosso país neste tipo de pessoas. Por isso se elaborou como questão geral de investigação a seguinte:

Que determinantes influenciam o otimismo/pessimismo na pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos?

De maneira a alcançar respostas com validade científica à questão de investigação colocada anteriormente, foi delineado o seguinte objetivo geral:

Avaliar o otimismo/pessimismo na pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Para atingir o objetivo acima referido desenvolveu-se um estudo quantitativo com corte transversal, descritivo e correlacional.

Para a colheita de dados optou-se por um questionário sociodemográfico e clínico, pela Escala de Sonolência de Epworth (Jonhs, 1991), Patient Satisfaction EORTC IN-PATSAT 32, (EORTC Quality of life Group, 2011) e pelo Teste de orientação de vida LOT-R,

(Monteiro, Tavares e Pereira, 2005). A amostra foi de 83 pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, internados em várias Unidades de Cuidados Paliativos de diferentes distritos.

Este relatório encontra-se, estruturado em duas partes distintas, mas cada uma delas fundamental para este trabalho, sendo que na primeira parte se apresenta a fundamentação teórica, reservada à conceptualização dos vários conceitos a ser abordados: Cuidados Paliativos, Otimismo/Pessimismo. A segunda parte refere-se à investigação empírica, que é constituída pelos seguintes capítulos: metodologia, apresentação e análise descritiva e inferencial, a discussão de resultados seguidos da conclusão. O caminho percorrido ao longo deste estudo termina com a apresentação das referências bibliográficas. Inclui-se ainda em anexo os documentos que foram considerados pertinentes e que suportaram o trabalho de campo.

Consciente da complexidade da temática abordada nesta investigação, espera-se poder contribuir para uma melhor compreensão desta problemática nas pessoas em necessidade de cuidados paliativos, contribuindo ainda que indiretamente para uma melhor prestação de cuidados e consequentemente uma melhor qualidade de vida das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos.

2 - CUIDADOS PALIATIVOS

Em 1990, a OMS, torna pública a sua primeira definição de Cuidados Paliativos, como citado em Matsumoto 2009, p.15. *cuidado activo e total para pacientes, cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objectivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e famílias.* Em 2002, esta definição é redefinida e da qual surge a definição atual, (Matsumoto 2009).”

O termo *paliativo* vai buscar a sua fonte no termo latim *pallium*, que tem como significado “manto”, “capa” tradutora de um sentimento de proteção, cobertura, envolvimento, cuidado, desvelo e atenção, (Pereira, 2010). *Palição* por seu lado, está ligada ao alívio do sofrimento do doente. *Ação paliativa* faz referência às diversas ações terapêuticas que não sendo elas ligadas ao desejo de curar, estão pelo contrário direccionadas para um atenuar das consequências indesejadas, provocadas pela doença a nível do bem-estar total do doente, (Portugal, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

A área dos Cuidados Paliativos sugere a anuência da condição da humana perante a circunstância da morte, possibilitando aos doentes, suas famílias e amigos, não um processo de cura, mas sim as condições primordiais à compreensão do seu fim último. Nesta visão, a morte não é vista como uma doença a ser curada, mas o atingimento do ponto final do ciclo vital. Nesta fase, todas as iniciativas visam primordialmente o que há de melhor para o doente, respeitando os seus sentimentos, aquilo que as suas famílias desejam e uma adequada forma de comunicação por parte de todos os elos envolvidos neste processo. (Melo, Valero e Meneses, 2013)

Os Cuidados Paliativos afirmam a vida e têm uma visão muito própria do processo de morte, algo de natural. Todos os atos desenvolvidos nesta área não são com o desejo de adiar a morte ou prolongá-la, mas sim acompanhar, auxiliar as pessoas em necessidade de cuidados paliativos, para viverem mais ativamente e auxiliar a família e cuidadores no luto, (Melo & Caponero, 2011). Estes cuidados são uma fonte de ajuda, no seio da saúde, com o objetivo de possibilitar o acesso a uma resposta adequada às necessidades daqueles que apresentam uma doença grave, com um desenvolvimento rápido, sem qualquer possibilidade de cura e com uma duração limitada de vida, (Pereira, 2010).

Tendo os seus alicerces no princípio bioético referente à autonomia do paciente, através do consentimento informado, dando-lhe a possibilidade para tomar as suas decisões, no princípio da beneficência e da não-maleficência, os Cuidados Paliativos centram o cuidado no paciente privilegiando, a qualidade de vida e a dignidade humana durante o processo de doença, no fim da vida, no momento da morte e na fase de luto, (ANCP, 2009).

Estes cuidados específicos, são recebidos pelas pessoas que em caso de doença lhe sejam diagnosticadas condições de debilidade ou que ponham em risco a sua vida, possibilitando-lhe o atendimento adequado a essas condições. Destaca-se uma maior eficácia na prestação dos cuidados, quando os serviços de Cuidados Paliativos se encontram ligados a locais de cuidados específicos (hospital, asilo de idosos entre outros), (Campbell, 2011).

O objetivo maior dos Cuidados Paliativos, está focado na prevenção e gestão dos sintomas menos desejados, tratar deles da forma mais assertiva, atenuando todo o sofrimento do doente sem nunca o aumentar, tendo sempre presente o respeito absoluto pela vida humana, (Barbosa e Neto, 2010). Fundamentalmente, os objetivos dos Cuidados Paliativos passam pela prevenção e o alívio de um sofrimento generalizado, seja ele na componente física, psicológica, social ou espiritual, (Guillevin, 2014).

Existe uma grande história, acerca de personalidades e grupos, ligados à religião, que desde do século XIX e à luz da sua filosofia de vida, prestavam cuidados as pessoas em fase terminal e todas àquelas que se apresentavam numa fase avançada de carências, tudo isso com a finalidade, destas pessoas não serem colocados de parte e esquecidos pela sociedade, (Barbosa e Neto, 2010).

Foi no continente Asiático, mais especificamente na Ásia Menor por volta do ano 370 depois de Cristo, que os cristãos ortodoxos orientais, devido à perseverança de Basílio, bispo de Cesária, fizeram nascer o primeiro grande hospital. Esse local foi considerado como referência e primeiro especializado em Cuidados Paliativos, ai se cuidava de idosos, com doenças avançadas e leprosos, (Santos, 2011).

A palavra Hospice nasce nos tempos mais remotos, quando se falava de uns abrigos onde se proporcionava conforto e cuidados aos viajantes e peregrinos. O Hospice mais antigo do qual se tem conhecimento trata-se do de Porto de Roma, do século V, onde uma discípula de São Jeronimo, Fabiola tratava dos viajantes vindos da Ásia, África e de Leste, (Cortes 1998, ANCP 2009).

Numa fase inicial, o que chamamos hoje de Cuidados Paliativos, eram ministrados em locais chamados Hospices, (De Marco et al. 2012). Este conceito teve a sua origem no

ano de 1967 em Londres, no St. Christopher Hospice, que na atualidade é visto como um organismo de referência a nível mundial, tanto ao nível da área destinada à pesquisa, bem como na área do ensino dos cuidados paliativos, (Foucault e Mongeau, 2012).

Foi em 1968 na Inglaterra pela mão de Cicely Saunders que surge o movimento dos Cuidados Paliativos e posteriormente, Elisabeth Kubler- Ross nos Estados Unidos da América, (Barbosa e Neto, 2010). Cicely Sanders tinha a sua formação em enfermagem, serviço social e médica. Foi pela sua persistência que conseguiu fazer com que pessoas que se encontravam em fim de vida fossem abordadas na sua globalidade, pois ela tinha como interesse, atenuar o mais possível o que sente o doente, desde a sua dor até aos seus sintomas, dando um grande ênfase aos aspetos psicossociais e espirituais ligados ao sofrimento pelo qual passam todos aqueles que sofrem de cancro, (Foucault e Mongeau, 2012).

Por ainda não existir uma forma de curar, vai fazer com que na hora em que os profissionais de saúde prestam os cuidados, eles devam ter a capacidade de ter uma postura de cuidados, presença, atenção e acompanhamento, assistindo a pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos num fim de vida mais adequado confortável e com a maior qualidade durante o tempo de vida que lhe resta, (Pereira, 2010).

A aceitação dos cuidados por parte da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos vai sofrer a influência de vários fatores tais como a idade, a natureza da doença, as suas experiências anteriores individuais e familiares perante a doença e a morte, os fatores socioeconómicos e a própria cultura, (Melo e Camponero, 2011).

2.1 - CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Estamos num século de múltipla e variadas alterações demográficas patentes em toda a Europa, onde os Cuidados Paliativos vão ser despertadores de um interesse crescente. Para possibilitar a centralização dos cuidados prestados na pessoa e a sua família, pretende-se um grupo de serviços organizados que possibilitem receber os cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador de cuidado mais apto, (Portugal, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010).

Sabe-se que a chegada dos Cuidados Paliativos ao nosso país não aconteceu por iniciativa do nosso governo, mas sim por existirem pessoas preocupadas com o tratamento da dor crónica das pessoas com doença oncológica em estado avançado, mas também para se possibilitar cuidados de forma contínua a todas as pessoas, mesmo nos estádios mais

avançados das doenças sejam elas com possibilidade de cura ou irreversíveis, (Marques et al., 2009).

No nosso país os Cuidados Paliativos são algo de bastante recente, sendo que as primeiras ações apareceram no início dos anos 90. No entanto, desde o século XVI que a problemática dos Cuidados Paliativos, se debate sobre a doença incurável, com uma abordagem médica, a qual se observava já em alguns textos médicos existentes. Esta informação vem contrariar o tempo que demorou o implante dos Cuidados Paliativos em Portugal, se tivermos em conta aquilo que se observou noutros países europeus, (Marques et al., 2009).

No ano de 1994 nasce no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, a primeira Unidade de Cuidados Paliativos, dentro de uma Unidade Hospitalar e com apoio ao domicílio, tendo surgido posteriormente, em 2001, no IPO de Coimbra, (Capelas, Silva, Alvarenga e Coelho, 2014).

Sabe-se que até novembro de 2010, existiam em Portugal dezanove equipas prestadoras de Cuidados Paliativos, devidamente reconhecidas por apresentarem as condições estipuladas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, para formar os profissionais e organizar estes serviços, (Pereira, 2010).

Tendo por base o Programa Nacional de Cuidados Paliativos que assenta nas experiências internacionais e nas recomendações implementadas pela OMS, é efetuada uma estimativa que apresenta valores de aproximadamente 80%, referente às pessoas portadoras de cancro, que posteriormente virão a falecer, mas que irão necessitar de Cuidados Paliativos diferenciados. Baseando-se nos valores de referência da mortalidade anual em Portugal, cerca de 18.000 pessoas portadoras de cancro podem desenvolver anualmente a necessidade de receber Cuidados Paliativos, (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010 p.25).

Verifica-se em Portugal um aumento significativo do número de doentes oncológicos. Esta é uma realidade que não deixa ninguém ao acaso, toca inúmeras famílias, círculos de amigos e locais de trabalho. É um fato que já não passa despercebido a ninguém, (Jesus, 2014).

Os Cuidados Paliativos tem sido tocados por inúmeros progressos, mas independentemente dessa evolução e dos múltiplos esforços, constatamos que permanecemos na cauda da Europa, quando se trata de receber esse tipo de cuidados, (Carrasco, 2012).

3 - OTIMISMO/PESSIMISMO

Alguns dirão que se é assim porque se nasce com essa característica, outros por seu lado, dirão que são os acontecimentos pelos quais se passa no decurso da vida desde o nascimento, da forma como enquanto crianças somos educados que forjará um caráter pessimista ou mais otimista, (Braconnier, 2013).

Uma pessoa otimista define-se como alegre e animada, apreciada por todos, tenaz perante os obstáculos e inabalável perante as adversidades. Apresenta níveis baixos de desenvolver processos depressivos e demonstra um sistema imunológico menos frágil. Preocupa-se mais com a sua saúde, demonstra ser mais saudável refletindo-se numa maior longevidade de vida, (Resende, 2013). Segundo Lionel Tiger (1979), como citado em Braconnier (2013) (pag110) o otimismo é *“Une humeur ou une attitude marquée par une attente sur le futur de celui qui le regarde comme personnellement ou socialement souhaitable, à son avantage ou pour son plaisir.”*¹

O pessimismo representa uma forma de ver os acontecimentos e posteriormente interpretá-los de forma negativa. Na sua maioria as pessoas pessimistas estão envolvidas num esquema cognitivo, isto é, quando se lhes depara uma adversidade como acontece frequentemente na vida, a sua interpretação dos acontecimentos vai, na maior parte das vezes, centrar-se na origem do problema como sendo permanente, geral e pessoal. Por outras palavras os responsáveis são eles, (Chaumet, 2010).

Quando se está perante uma pessoa pessimista, observamos que ela vai desenvolver performances menos boas, demonstrar mais sintomas depressivos e vai ter uma saúde física menos boa, (Bruchan-Schewitzer e Boujut, 2014).

O pessimismo é um termo ligado a uma conotação de caráter negativo, seja ele dirigida a nós próprios ou para com os outros. Assim, o pessimismo não pode ser definido como um defeito nem uma doença, não devendo ser confundido com depressão, (Braconnier, 2013).

¹ “ Um estado de humor ou uma atitude marcada por uma espera sobre o futuro daquele que o olha como pessoalmente ou socialmente desejável, a sua vantagem ou para o seu prazer.”

A nossa mente vai ter influência na nossa saúde, pois a forma de pensar otimista/pessimista sobre o bem-estar pessoal pode influenciar o nível de saúde global. Conclui-se que as pessoas mais otimistas poderão ser mais saudáveis e viverem mais tempo do que os pessimistas, (Seligman,1988; Batista, 2009).

Estes autores relatam que o otimismo se interliga de forma positiva com a melhor resposta do sistema imunitário, o que por si, oferece maior resistência à doença. Também foram ligadas ao otimismo em relação à saúde outros elementos, tais como as dores de cabeça, problemas de estômago e ainda problemas de sono, (Brennen e Charnertski, 2000; Batista, 2009).

O otimismo é de fato um aspeto, que tem a capacidade de influenciar a nossa saúde de várias formas. Pode ter um impacto positivo no início da doença fazendo com que este seja menos provável, reduzir a severidade da doença, tornar a recuperação mais rápida e fazer com que a recaída seja mais reduzida, (Peterson e Bossio,2009; Fernandes, 2009).

Os otimistas, quando são colocados perante uma dificuldade, vão utilizar comportamentos positivos, apontando aos resultados, fazem planos com o objetivo de resolver o problema, planeiam a reabilitação, buscam informação, modificam o plano de reabilitação com o objetivo de ter sucesso nos resultados. As pessoas que são otimistas apresentam uma maior resistência a sintomas de depressão, mostram-se mais contentes com a vida e fazem uso do humor, estão realizados com o apoio prestado pelos amigos e família. Quando se lhe coloca uma situação de doença, estes têm mais predisposição para detetar o bem-estar emocional, e todas as modificações da saúde física, têm um efeito mais reduzido na vida quotidiana, (Carver e Scheier, 2002; Pedro e Pais-Ribeiro, 2012).

O otimismo vai ser um fator positivo para a aceitação do tratamento e de todas as realidades ligadas a uma doença grave ou até a necessidade de cirurgia. Um grupo de investigadores, realizou um estudo com mulheres com cancro da mama, com necessidade de tratamento cirúrgico tendo verificado que as otimistas demonstravam melhor aceitação perante esse tratamento difícil, no que toca à imagem física, (Carver e Coll, 1993; Braconnier 2013).

Num estudo onde foi avaliada a relação entre otimismo/pessimismo e a qualidade de vida, as conclusões a que os autores chegaram, possibilitaram verificar que aqueles que eram otimistas mostravam valores elevados de qualidade de vida, principalmente conforme critérios de satisfação, com sintomatologia de depressão, alterações físicas ou suscetibilidade para doenças, (Chang et al,1997; Chang, 2003; Batita, 2009).

Foi possível verificar aquando da aplicação do Teste de Orientação de Vida (LOT, medida de otimismo) que se obtinham valores elevados nos itens de pessimismo da mesma.

Isso revelava a possibilidade de ocorrer uma morte prematura em doentes jovens com cancro da mama, (Schulz et al., 1996; Conversano et al., 2010).

3.1 - OTIMISMO/PESSIMISMO NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Os otimistas passam por vários momentos de emoções positivas, os quais se sabe terem um efeito de proteção na saúde. Por outro lado, aqueles que são pessimistas passam por sua vez por emoções negativas que são conhecidas como provocadoras de alterações progressivas na saúde, (Desseilles, Mikolajczak, 2013).

Ter comportamentos positivos perante uma situação de doença é primordial em todo o período de tratamento. Por outro lado, tem interesse conhecer a estrutura fisiológica individual, que descodifica o quanto é importante ter comportamentos otimistas perante a doença e daí saber quais as estratégias utilizadas pelos otimistas para terem facilidades de adaptação à doença, ao contrário dos pessimistas, (Pedro, 2010).

Vários foram os estudos desenvolvidos na área do otimismo/pessimismo nas pessoas com doenças oncológicas. Contudo na área da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos, verifica-se mais escassez de informação.

Um estudo sobre o otimismo em doentes portadores de patologias cancerígenas mostrou que o otimismo é preditivo para se chegar a resultados positivos nos tratamentos de doentes com cancro e na melhoria da sua qualidade de vida, (Alison, Guichard e Gilain, 2000; Pedro, 2010). Por sua vez Caver et al. (1993), Stanton e Sniger (1993) citados em Pedro (2010), concluíram que em múltiplos casos onde era diagnosticada doença oncológica ou cirurgia ligada a doença oncológica, aqueles que eram mais positivistas, no que diz respeito aos resultados obtidos, demonstraram melhores resultados utilizando meios de coping mais adequados e apresentando comportamentos positivos perante o tratamento.

Num estudo desenvolvido por Carver e colaboradores (1993) citado em Gonçalves (2014), onde foram questionadas 59 doentes portadores de cancro da mama, chegaram à conclusão que as mulheres que no seu costume são otimistas vão ter menos perturbações afetivas em relação àquelas que são pessimistas. Quando existem grandes níveis de otimismo, no momento do diagnóstico, isso vai fazer com que seja indicativo de uma menor taxa de perturbações emocionais, aos 12 meses. Outro estudo desenvolvido por Lauver e Tak (1995), Gonçalves (2014) veio demonstrar que as mulheres com elevados níveis de otimismo, demonstravam valores de tensão emocional mais baixos aquando de uma situação de cancro ou formas de tratamento. Assim, pode dizer-se que o otimismo faz parte dos

mediadores das estratégias de coping. Através de outro estudo observou-se que as mulheres pessimistas em fase de tratamento do cancro da mama, se retiravam com muito mais frequência das atividades sociais, do que as mulheres otimistas, também em fase de tratamento, (Carver, Lehman e Antoni, 2003; Carver, Scheier e Segerstrom, 2010).

Allison et al. (2003) e Fernandes (2009) em doentes com cancro na cabeça e pescoço, procuraram investigar o papel do otimismo na taxa de sobrevivência desses doentes um ano após o diagnóstico. Foi possível apurar, que os pessimistas faleciam mais do que os otimistas, após passar um ano do diagnóstico da doença. Por sua vez Allison, Guichard, Fung e Gilain (2003); Conversano et al. (2010) demonstraram que doentes oncológicos com cancro da cabeça ou pescoço, que se mostravam otimistas, apresentavam uma taxa de sobrevivência de mais de um ano, após lhe ser dado o diagnóstico do que aqueles que se mostravam pessimistas.

4 - METODOLOGIA

Na fase metodológica da investigação vai ser realizado o planeamento e enquadramento do problema, bem como os objetivos a atingir. Serão aqui estipuladas as estratégias do estudo de modo a extrapolar as observações da amostra de pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, residentes em vários distritos do país, para a correspondente população. A questão a responder é se as características da amostra são particulares à mesma, ou se pelo contrário é possível afirmar com alguma significância estatística que tais características são inerentes à população e passíveis de se revelarem em qualquer amostra representativa.

Serão também descritos os procedimentos metodológicos a utilizar, que permitirão dar resposta à questão de investigação. Será feita referência ao tipo de investigação das variáveis em estudo, à amostra, ao instrumento de colheita de dados utilizado e por fim, os procedimentos estatísticos para a avaliação dos objetivos do estudo.

Sendo os Cuidados Paliativos uma temática importante e atual, torna-se pertinente investigar o otimismo/pessimismo das pessoas nesta fase das suas vidas.

Neste contexto a questão geral da investigação é:

Que determinantes influenciam o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos?

Na procura de respostas com validade científica, definiu-se como objetivo geral: Avaliar o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos. Delinearam-se ainda como objetivos específicos: Analisar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o otimismo/pessimismo das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos; Classificar a satisfação com os cuidados e analisar a sua influência sobre o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Com a finalidade de obter resultados fidedignos, delineou-se para esta investigação um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, com o intuito de explorar, analisar e descrever a relação existente entre as diferentes variáveis.

4.1 - AMOSTRA

A investigação teve como alvo diferentes distritos de Portugal e os participantes da amostra foram selecionados com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, ficando constituída por um total de 83 pessoas em situação de cuidados paliativos dos distritos de Bragança, Vila Real, Braga, Aveiro, Viseu, Guarda, Coimbra, Castelo Branco, Lisboa e Setúbal. (cf. Figura 1)



Figura 1 - Distritos onde se realizou a colheita de dados

A amostra surgiu do contato realizado com as diferentes unidades prestadores de cuidados de saúde, onde seria possível existirem pessoas correspondentes aos critérios escolhidos para a seleção dos participantes. Foram contactadas diversas instituições: Unidade de Cuidados Continuados Integrados/ Unidade Cuidados Paliativos, Unidade Local de Saúde e Unidade de Média Duração e Reabilitação. Destas, 42 aprovaram a recolha de dados.

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Estarem conscientes e orientados e não apresentar alterações neurológicas

- Terem critérios de Cuidados Paliativos com prognóstico de vida limitado e com necessidades que exigissem apoio diferenciado;
- Terem capacidade de comunicação para responder ao questionário e escalas;

Os critérios de exclusão dos participantes foram:

- Presença de alterações neurológicas e/ou confusão;
- Dificuldades na comunicação (afasia)

A colheita de dados foi realizada entre abril e junho de 2014, sendo a aplicação e monitorização dos questionários realizada pela equipa de investigação. Para ser aplicado o instrumento de colheita de dados e a recolha de informação, foi necessário proceder ao envio de um pedido de autorização de carácter formal à direção das diversas instituições, prestadoras de Cuidados Paliativos nos diferentes distritos. (cf. Anexo II)

Após a recolha de dados ser autorizada, os participantes foram convenientemente esclarecidos sobre o âmbito e objetivo do estudo, devidamente acompanhado pelo Termo de Consentimento Informado. (cf. Anexo III)

O estudo obteve ainda parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. (cf. Anexo IV)

4.2 - HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo por base que uma hipótese se traduz por uma tentativa de prever a existência de relação entre duas ou mais variáveis em estudo, e ainda o conhecimento teórico e prático sobre os Cuidados Paliativos, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- **H(a)** - Existe influência significativa das variáveis sociodemográficas sobre o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.
- **H(b)** - Existe associação entre as variáveis clínicas e o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.
- **H(c)** - A satisfação com os cuidados prediz o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

4.3 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

No seguimento das hipóteses elaboradas foi realizado o desenho de investigação, que representa um guia orientador para a realização do estudo.

A variável dependente é o otimismo/pessimismo que foi avaliado pela escala de LOT-R (Scheler et al., 1994; Tavares e Pereira, 2005), e como variáveis independentes incluíram-se:

- Idade, Género, Zona de residência, Habilitações literárias, Religião para a caracterização sociodemográfica da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.
- Tempo de internamento, Número de internamentos, Duração da doença, Sonolência para a caracterização clínica da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.
- Satisfação com os cuidados da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Tendo como suporte científico a pesquisa bibliográfica realizada, representou-se graficamente a relação entre as diferentes variáveis independentes e o otimismo/pessimismo selecionado como variável dependente nesta investigação. (cf. Figura 2)

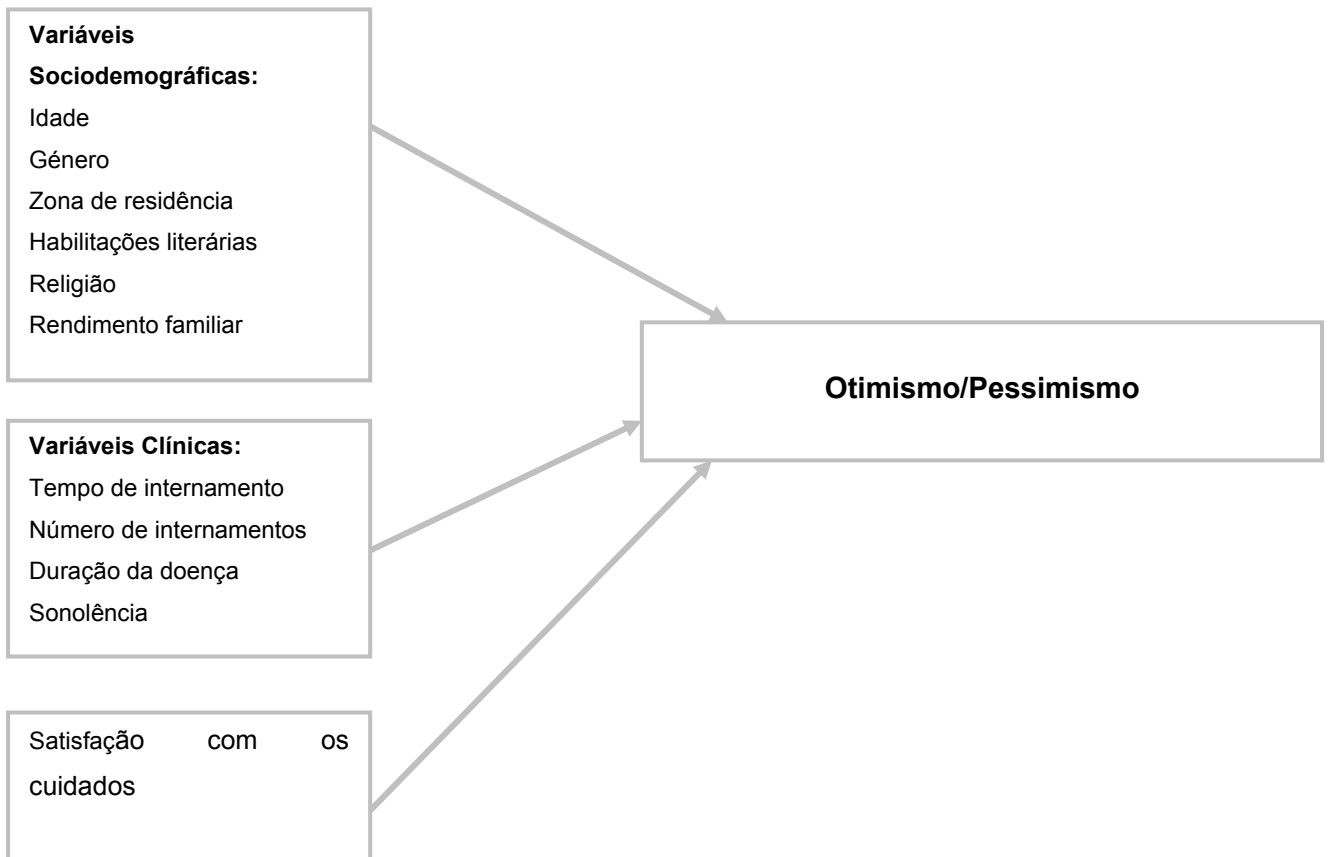


Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis

4.4 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

No nosso estudo definimos como variável dependente o otimismo/pessimismo avaliado através do LOT-R..

As variáveis independentes encontram-se agrupadas em variáveis de contexto sociodemográfico, grupo etário, sexo, estado civil, zona de residência, distrito, habilitações literárias, situação profissional e rendimento familiar mensal e variáveis de caracterização clínica tempo de internamento, números de internamentos, duração da doença e sonolência. (cf. Quadro 1 e 2)

Quadro 1-Operacionalização e recodificação das variáveis sociodemográficas

Variável	Tipo de variável	Operacionalização	Recodificação
Idade	Quantitativa Intervalar		≤ 64 anos 65-78 anos ≥ 79 anos
Sexo	Qualitativa nominal	- Masculino - Feminino	
Estado civil	Qualitativa nominal	- Solteiro - Casado/união de fato - Divorciado/separado - Viúvo	- Solteiro/Divorciado/Viúvo - Casado/ União de fato
Zona de residência	Qualitativa nominal	- Rural -Urbano	
Distrito	Qualitativa nominal	-Bragança -Vila Real -Braga -Aveiro -Viseu -Guarda -Coimbra -Castelo de Branco -Lisboa -Setúbal	-Fora do distrito de Viseu - Distrito de Viseu
Habilitações literárias	Qualitativa ordinal	- Analfabeto - Sabe ler e escrever - 1ºCiclo/4ª Classe - 2ºCiclo/Ciclo preparatório - 3ºCiclo/9º ano - Secundário/12ºano - Licenciatura - Curso de Formação de Pós-Graduação - Mestrado - Doutoramento	- Analfabeto - 4º-9º ano ≥ 12º ano
Situação profissional	Qualitativa nominal	- Agricultor - Comerciante - Construção civil - Doméstica - Empregada de balcão - Empregada fabril - Professor - Reformada	- Ativo -Não ativo
Rendimento familiar mensal	Qualitativa ordinal	-Ordenado mínimo Nacional - Duas vezes o ordenado mínimo Nacional - Três vezes o ordenado mínimo Nacional - Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional - Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional	- Ordenado mínimo nacional - ≥ Duas vezes o ordenado mínimo nacional
Prática de Religião/ cristianismo	Qualitativa nominal	- Sim -Não	

Quadro 2- Operacionalização e recodificação das variáveis clínicas

Variável	Tipo de variável	Operacionalização	Recodificação
Tempo de internamento (em semanas)	Quantitativa	Sim Não	≤ 2 Semanas 3-6 Semanas ≥ 7 Semanas
Número de internamentos anteriores	Quantitativa	Sim Não	- 1 Internamento - 2 Internamentos - 3 ou mais internamentos
Duração da doença	Quantitativa	Antes de 2012 ≥ 2013	≤ 1 Ano 2-3 Anos ≥ 4 Anos
Sonolência	Numérico	0-8 Sonolência normal 9-12 Sonolência leve 13-16 Sonolência moderada >16 Sonolência grave	- Normal -Fraca -Moderada -Severa
Satisfação	Numérico	1- Muito pobre 2- Pobre 3- Bom 4- Muito bom 5- Excelente	- Pouco satisfeitos - Satisfeitos - Muito satisfeitos
Otimismo/Pessimismo	Qualitativa nominal	Otimismo Pessimismo	Otimismo Pessimismo

4.5 - INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados assentou num questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala de Sonolência de EPWORTH e o Patient Satisfaction EORTC IN-PATSAT 32 e LOT-R (Monterio, Tavares e Pereira, 2005). (cf. Anexo I)

Para a caracterização sociodemográfica foram incluídas como já referido questões sobre idade, sexo, estado civil, zona de residência, distrito, habilitações literárias, profissão, rendimento familiar e religião. Para a avaliação clínica, foram elaboradas questões que

permitem caracterizar algumas variáveis de saúde, tais como o motivo de internamento, tempo de internamento, internamentos anteriores, doenças associadas e ano de ocorrência da doença.

A Escala de Sonolência de EPWORTH possibilita estabelecer uma avaliação subjetiva da existência de sonolência diurna. Surgiu em 1991 por Murray Johns, constituída por um questionário auto-aplicável que avalia oito situações hipotéticas. O score pode variar de 0 a 3 pontos para cada situação descrita (0 – nunca; 1 – leve hipótese; 2 – moderada hipótese; 3 – alta hipótese.). Pode existir uma variância do score total de 0 a 24, em que valores de 0 a 8 são considerados normais, 9 a 12 traduzem sonolência leve, 13 a 16 denotam sonolência moderada e valores superiores a 16 indicam sonolência grave. Considera-se existir sonolência excessiva diurna a partir de score total de 9 pontos, avaliado a partir do somatório dos scores das oito situações. A sua consistência interna original apresentou um alfa de Cronbach 0,853 demonstrativo de elevada fiabilidade. Este valor apresentou concordância com o valor de 0,851 obtido por (Franco, Bonanni, Jaguaribe e Jr, 2009). (cf. Quadro 3)

Dentro deste estudo, a Escala de Sonolência é utilizada para avaliar o grau de sonolência diurna da pessoa em situações de necessidade de cuidados paliativos, para posteriormente verificar a sua influência no otimismo/pessimismo. Para a nossa amostra houve necessidade de recodificar a nossa variável, sendo que passamos a ter: grau de sonolência normal; grau de sonolência fraca; grau de sonolência moderada e grau de sonolência severa.

O Patient Satisfaction EORTC IN PATSAT 32, questionário da satisfação dos utentes com os cuidados da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de cancro (conhecida como EORTC Quality of life Group) é composto por 32 itens, com o objetivo de avaliar a satisfação dos doentes com os cuidados que recebem durante o seu internamento. Essa avaliação é feita em três dimensões distintas: a satisfação com os cuidados dados pelos médicos, satisfação com os cuidados que o enfermeiro presta e por fim a satisfação com a organização e serviços. O doente deve classificar cada um dos 32 itens numa escala tipo Likert constituída por cinco pontos: muito pobre, pobre, bom, muito bom e excelente. Seguidamente a resposta obtida é convertida, numa cotação de um a cinco pontos sendo que a maior pontuação correspondem maiores níveis de satisfação. Quanto à sua consistência interna obteve um alfa de Cronbach de 0,985, denotando uma fiabilidade muito elevada, e um valor semelhante aos 0,964 do estudo realizado por, (Martins, 2009). (cf. Quadro 3)

No que trata à satisfação com os cuidados, faz-se uso desta escala, para realizar o cruzamento com o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de

cuidados paliativos e saber se a influência da mesma. Deparamo-nos com a necessidade de proceder também à recodificação desta variável. Deixamos assim de ter cinco pontos, passando a ter apenas três: pouco satisfeitos; satisfeitos e muito satisfeitos.

O LOT-R composto por 10 itens, dos quais quatro são itens de carácter distrator, isto é, não são levados em conta para medida, três dos itens apresentam direcção positiva otimismo (1,4 e 10) e outros três são direccionados para o negativo pessimismo (3, 7 e 9). Apresentam-se cinco possibilidades de resposta: concordo plenamente, concordo, neutro, discordo e discordo plenamente. Obteve-se na validação do LOT-R, uma consistência interna fazendo uso dos índices de correlação, no presente estudo com um valor para alfa Cronbach de 0,841, indicativo de fidelidade elevada. Valor este superior, por comparação, ao valor de 0,780 obtido por, (Pedro, 2010). (cf. Quadro 3)

A fiabilidade das escalas neste estudo foi avaliada a partir do cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach para cada uma das subescalas da avaliação e revelaram ter consistência interna, com fiabilidade moderada a elevada. (cf. Quadro 3)

Quadro 3 - Índice de Alfa de Cronbach dos Instrumentos de Colheita de dados

Escalas	Alfa de Cronbach	Número de itens
Sonolência de EPWORTH (Franco et al. 2009)	0,853 (0,851)	8
Satisfação com os cuidados (Martins, 2009)	0,985 (0,964)	32
Otimismo/pessimismo (Pedro, 2010)	0,841 (0,780)	10

Fonte: Elaboração própria com recurso: Franco et al (2009); Martins (2009); Pedro (2010)

4.6 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A presente investigação será processada através do uso da estatística descritiva e da estatística inferencial. A estatística descritiva possibilita organizar a informação numérica, possibilitando a obtenção de uma descrição particularizada das variáveis em estudo. Para o efeito dever-se-ão determinar as seguintes medidas estatísticas: **Frequências:** (Absolutas (N) e Percentuais (%)); **Medidas de tendência central:** (Médias (\bar{x})); **Medidas de dispersão ou variabilidade:** (desvio padrão (Dp) e coeficiente de variação (CV)). O coeficiente de variação possibilita efectuar uma comparação entre a variabilidade de duas variáveis, sendo que os resultados que se obtém devem ser interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2009) do seguinte modo: (cf. Quadro 4)

Quadro 4 - Índices de classificação de dispersão

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0%-15%	Dispersão baixa
16%-30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

Fonte: Pestana e Gageiro (2009)

O uso de testes paramétricos depende de duas condições: as variáveis devem ser de distribuição normal e por outro lado tem de existir homogeneidade de variâncias (Coutinho, 2014). Assim, para este estudo destaca-se como **Testes Paramétricos** - Teste de Qui Quadrado (χ^2) comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas.

A estatística não paramétrica foi usada, como alternativa quando não existia condições para a utilização de testes paramétricos. Destacamos assim para este estudo os **Teste Não Paramétricos** – Teste de Kruskal-Wallis – usado para comparar medianas entre três ou mais variáveis; Teste de U Mann Witheney – Usado para comparar medianas entre dois grupos independentes.

Quando se faz uso apenas de uma variável dependente e uma independente realizamos uma **regressão linear simples**, mas se comparamos uma variável dependente com múltiplas variáveis independentes efetuamos a **regressão múltipla**. Por convenção (Pestana e Gageiro, 2009), para analisar a relação linear entre variáveis usamos os seguintes valores para o coeficiente de correlação de Pearson: (cf. Quadro 5)

Quadro 5 - Índices para o coeficiente de correlação de Pearson

$0,2 \leq r < 0,39$	Associação baixa
$0,4 < r < 0,69$	Associação moderada
$0,7 < r < 0,89$	Associação alta
$0,9 < r \leq 1$	Associação muito alta

Fonte: Pestana e Gageiro (2009)

Na análise estatística, utilizamos os seguintes valores de significância: (cf. Quadro 6)

Quadro 6 - Índices para classificação de nível de significância associada a valor de prova

$p \geq 0,05$	Não significativo (n.s)
$p < 0,05^*$	Significativo
$p < 0,01^{**}$	Bastante significativo
$P < 0,001^{***}$	Altamente significativo

Fonte: Pestana e Gageiro (2009)

Para realizar a descrição e análise inferencial foi utilizado o programa Statistical Package Social Science 22.00 para o Windows e o Microsoft Word.

Após exposição das considerações metodológicas prossegue-se com a apresentação e análise dos resultados.

4.7 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA

A amostra é composta por 83 pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, maioritariamente mulheres 50,6%. Os valores da idade variaram entre os 38 e os 93 anos com uma média de idades de 70.9 anos ($Dp=12.7$), e uma distribuição moderada em torno da média ($CV=18.3\%$). No sexo masculino a idade variou entre os 46 e os 96 anos, com um valor médio de 68.7 anos ($Dp=12.6$), e uma dispersão moderada em torno da média. Quanto ao sexo feminino, esta variou entre valor mínimo de 42 anos e um valor máximo de 91 anos, uma idade média de 73.0 anos ($Dp=12.6$) e uma dispersão igualmente moderada em torno da média. Os valores obtidos para SK/erro e K/erro são demonstrativos da existência de uma distribuição com predominância das idades mais jovens nos participantes do sexo masculino e de idades mais avançadas no sexo feminino. (cf. Tabela 1).

A distribuição da idade não difere significativamente da Normal no sexo masculino (Kolmogrov-Smirnov: $p = 0,200$), mas a diferença é significativa no sexo feminino (Kolmogrov-Smirnov: $p = 0.021$). (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos

	Idade	n	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Sexo										
Masculino		41	46	93	68.7	12.6	18.3	0.108	-0.984	0.200
Feminino		42	38	91	73.0	12.6	17.2	-1.044	0,569	0.021
Total		83	38	93	70.9	12.7	17.9	-1.696	-1.181	0.008

Assumindo variâncias iguais para os pacientes do sexo feminino e masculino (Levene: $p = 0,664$), as diferenças entre as médias das idades de homens e mulheres não são estatisticamente significativas (Teste t: $p = 0,127$). Em relação às diferenças de localização na distribuição, conclui-se que não são significativas (Mann-Whitney-U: $p = 0,087$) indicando que a mediana das idades é a mesma em ambos os sexos, não sendo relevante a tendência para idades superiores no sexo feminino. (cf. Tabela 2).

Tabela 2 -Comparação da variável idade no género

Teste	Levene	Teste- t	Mann-Whitney-U
Estatística do Teste	F = 0,190	t= -1,543	U = 673,500 Z= -1,709
Valor de Prova (bilateral)	0,664	0,127	0,087

A variável idade foi recodificada em três grupos etários, apurando-se que 32,5% apresentam idades inferiores ou iguais a 64 anos, 31,3% apresentaram idades compreendidas entre os 65 e os 78 anos e 36,1% detinham idades superiores ou iguais a 79 anos. No grupo etário mais representativo o dos homens surgem idades inferiores ou iguais a 64 anos, com 41,5% e nas mulheres prevalecem idades superiores a 79 anos com 42,9%. (cf. Tabela 3).

A maioria dos 83 participantes era solteiros, divorciados ou viúvos, perfazendo 50,6%, os restantes 49,4% eram casados ou a viver em união de facto. Os doentes do género masculino 51,2% são casados ou a viver em união de fato, enquanto 52,4% do género feminino são solteiros, divorciados ou viúvos (cf. Tabela 3).

Destaca-se que grande parte dos doentes reside na zona rural (65,1%), cuja representatividade é igualmente semelhante no género masculino (61,0%) e no género feminino 69,0%. Existe um predomínio de doentes a residir fora da área de Viseu (75,9%).

Valores semelhantes aos da amostra total, são observados no género masculino e feminino, 80,5% e 71,4 %, respectivamente. (cf. Tabela 3)

Observa-se em termos da escolaridade que 45,8% dos participantes são analfabetos, 44,6% concluiu a escolaridade entre o 4º e 9º ano e 9,6% dos inquiridos assumiram uma escolaridade igual ou superior ao 12º ano. Realizando uma análise individual a cada género permite constatar que o género masculino demonstra maior grau de escolaridade, 12,2% dos elementos do género masculino possuem escolaridade superior ou igual ao 12ºano comparativamente aos 7,1% do género feminino, mas também se pode observar que no género masculino existe predomínio de analfabetos (46,3%). O género feminino destaca-se com 47,6% nas habilitações literárias correspondentes ao 4º e 9º ano de escolaridade. (cf. Tabela 3)

Relativamente às atividades profissionais, observa-se que a maioria não se encontra ativa (54,2%). Dentro da amostra dos doentes masculinos, existe um predomínio notório de participantes ativos 68,3% e no género feminino encontram-se maioritariamente participantes não ativos 76,2%. (cf. Tabela 3)

Verificou-se que a grande maioria dos nossos participantes, quer do género masculino (73,2%), quer do género feminino (78,6%) tem um rendimento mensal equivalente ao ordenado mínimo nacional. (cf. Tabela 3)

Quando questionados relativamente às suas convicções religiosas, 94,0% dos participantes referiu praticar uma religião. (cf. Tabela 3)

Da análise das variáveis sociodemográficas face ao género inferiu-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) na variável profissão.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2 (p)
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Idade		68,78	12,628	73,07	12,69	70,95	12,77			
Grupo etário										
≤ 64 anos		17	41,50	10	23,80	27	32,52	1.70	-1.70	3,16
65-78 anos		12	29,20	14	33,30	26	31,30	-0.40	0.40	
≥ 79 anos		12	29,30	18	42,90	30	36,10	0.13	1.30	(0,206)
Estado civil										
Solteiro/Divorciado/ Viúvo		20	48.80	22	52.40	42	50.60	-0.30	0.30	0,11
Casado/União de fato		21	51.20	20	47.60	41	49.40	0.30	-0.30	(0,743)
Local residência										
Rural		25	61,00	29	69,00	54	65,10	-0.80	0.80	0,59
Urbano		16	39,00	13	31,00	29	34,90	0.80	-0.80	(0,441)
Habilitações literárias										
Analfabeto		19	46,30	19	45,20	38	45,80	0.10	--0.10	
4º - 9º ano		17	41,50	20	47,60	37	44,60	-0.60	0.60	0,73
≥ 12 ano		5	12,20	3	7,10	8	9,60	0.80	-0.80	(0,694)
Distrito										
Fora do distrito de Viseu		33	80.50	30	71.40	63	75.90	1.00	-1.00	0,93
Distrito de Viseu		8	19.50	12	28.60	20	24.10	-1.00	1.00	(0,335)
Profissão										
Ativo		28	68.30	10	23.80	38	45.80	4.10	-4.10	16,54
Não ativo		13	31.70	32	76.20	45	54.20	-4.10	4.10	(0,000***)
Rendimento familiar										
Ordenado mínimo nacional		30	73.20	33	78,60	63	75.90	-0.60	0.60	0,33
≥ Duas vezes o ordenado mínimo		11	26,80	9	21,40	20	24,10	0.60	-0.60	(0,565)
Pratica religião										
Sim		37	90,20	41	97,60	78	94,00	-1.40	1.40	1,99
Não		4	9,80	1	2,40	5	6,00	1.40	-1.40	(0,158)
Total		41	100	42	100	83	100			

*** p<0,001

5 - RESULTADOS

A caracterização da amostra, assim como os seus aspetos mais relevantes, resultam da análise feita em dados pertencentes à presente amostra, os quais foram obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados.

5.1- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

O tempo de duração da doença variou entre menor que um ano e maior que quatro anos. Globalmente, 45,8% dos participantes refere que teve o seu início há menos de um ano, 22,9% entre dois e três anos e 31,3% há mais de quatro anos. Em média, a duração de doença aproxima-se de dois anos (1,96) apresentando os dados uma variabilidade relativamente alta ($Dp = 0,903$). (cf. Tabela 4)

Atendendo ao género, em média verifica-se que a duração da doença nos homens é superior à das mulheres, (2,10 e 1,81) respetivamente, em parte por a doença prolongada de quatro ou mais anos incidir em 34,1% dos homens e apenas em 28,6% das mulheres. Contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas (Teste do qui-quadrado: $\chi^2 = 3,142$; $p = 0,208$). (cf. Tabela 4).

Quanto ao tempo de internamento, globalmente existe uma distribuição bastante equilibrada entre no máximo duas semanas (36,5%), de três e seis semanas (30,2%) e superior a sete semanas (33,3%). A maioria dos homens (45,2%) foi admitido há menos de duas semanas, enquanto a maioria das mulheres (40,62%) apresenta tempo superior a sete semanas. Como tal, em média o internamento das mulheres (2,10 semanas) é superior ao dos homens (1,65 semanas), com os dados distribuídos mais uniformemente no género masculino ($Dp = 0,780$). (cf. Tabela 4)

Estatisticamente as diferenças no tempo de internamentos de homens e mulher não são significativas (Teste do qui-quadrado: $\chi^2 = 2,315$; $p = 0,314$).

A maioria dos participantes confirma pelo menos três internamentos anteriores (39,6%), com uma contagem média próxima de dois (2,12). Esta tendência maioritária de três ou mais internamentos verifica-se em ambos os géneros, com uma incidência de 40,7% para os homens e 38,5% para as mulheres. O número de internamentos médios em homens

e mulheres é bastante semelhante, 2,15 e 2,10, respetivamente e próximo do global, e as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (Teste do qui-quadrado: $\chi^2 = 0,158$; $p = 0,924$). (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização clínica da amostra em função do género

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		
		n Média	% Dp	n Média	% Dp	n Média	% Dp	Masc	Fem	χ^2 (p)
Caraterísticas clínicas								Masc	Fem	χ^2 (p)
Duração da doença		2,09	0,921	1,83	0,887	1,96	0,903			
≤ 1 anos		21	51,2	17	40,5	38	45,8	2,2	-2,2	3,142
2-3 anos		6	14,6	13	31,0	19	22,9	-3,4	3,4	(0,208)
≥ 4 anos		14	34,2	12	28,6	26	31,3	1,2	-1,2	
Total		41	100	42	100	83	100			
Tempo de internamento		1,68	0,780	2,09	0,848	1,89	0,832			
≤ 2 semanas		14	45,2	9	28,1	23	36,5	2,7	-2,7	2,315
3-6 semanas		9	29,0	10	31,3	19	30,2	-0,3	0,3	(0,314)
≥ 7 semanas		8	25,8	13	40,6	21	33,3	-2,3	2,3	
Total		31	100	32	100	64	100			
Internamentos anteriores		2,14	0,774	2,09	0,793	2,11	0,775			
1 internamento		7	25,9	6	23,1	13	24,6	-0,4	0,4	0,158
2 internamentos		9	33,4	10	38,4	19	35,8	-0,7	0,7	(0,924)
3 ou mais internamentos		11	40,7	10	38,5	21	39,6	-0,3	0,3	
Total		27	100	26	100	53	100			

Analisando o nível de sonolência das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, verificou-se que a maioria dos participantes (27) demonstra ter níveis de sonolência moderada (32,5%). Especificando para cada género de forma individual, constatou-se que no género masculino se observa maior percentagem de sonolência fraca (29,3%), enquanto no género feminino verificou-se maior grau de sonolência moderada (38,1%). No género feminino é onde se verificam os níveis de sonolência normal mais elevados (28,6%). (cf. Tabela 5)

Em média, o grau de sonolência nos homens (2,56%) é maior do que nas mulheres (2,43%), com os dados distribuídos de forma mais uniforme no género masculino (Dp = 1,074 e Dp = 1,085, respetivamente). No entanto, as diferenças para o grau de sonolência de homens e mulheres não são estatisticamente significativas (Teste Qui-quadrado: $\chi^2 = 3,560$; $p = 0,313$). (cf. Tabela 5)

Tabela 5 - Caracterização da sonolência em função do gênero

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	(p)
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem		
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp				
Grau de sonolência		2,56	1,074	2,43	1,085	2,49	1,057				
Normal		8	19,5	12	28,6	20	24,1	-1,9	1,9	3,560	
Fraca		12	29,3	7	16,7	19	22,9	2,6	-2,6	(0,313)	
Moderada		11	26,8	16	38,1	27	32,5	-2,3	2,3		
Severa		10	24,4	7	16,6	17	20,5	1,6	-1,6		
Total		41	100	42	100	83	100				

5.2 – SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS

Os três grupos da satisfação com os cuidados resultaram do agrupamento dos valores, dados as respostas da escala tipo Likert pelos nossos participantes.

Em termos de satisfação global percentual, observa-se uma média de 51,68, tendência que se repete na análise agrupada por gênero, com médias muito semelhantes para homens e mulheres, 51,58 e 51,79, respetivamente. Quanto à uniformidade dos dados, a distribuição dos dados é mais simétrica nas mulheres (Dp = 18,67), sendo a dispersão maior nos homens (Dp = 22,30). (cf. Tabela 6)

A amostra masculina é mais extremada quando comparada com a feminina, com pouca satisfação para 34,10% dos homens e apenas 19,00% das mulheres. Padrão semelhante verifica-se para a muita satisfação em 29,30% dos homens e 21,40% das mulheres. (cf. Tabela 6)

A maioria dos participantes afirmou estar satisfeito com os cuidados (48,20%), e apesar de o mesmo se verificar em ambos os sexos, nas mulheres (59,50%) é mais evidente que nos homens (36,60%). (cf. Tabela 6)

As diferenças no grau de satisfação de homens e mulheres não são estatisticamente significativas (Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 4,554$; p = 0,103). (cf. Tabela 6)

Tabela 6 - Estatística da satisfação global com os cuidados recebidos

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Testes
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	χ^2 (p)
Satisfação com Os cuidados		51,58	22,30	51,79	18,67	51,68	20,41			
Pouco Satisfeitos		14	34,10	8	19,00	22	26,50	3,10	-3,10	4,554
Satisfeitos		15	36,60	25	59,50	40	48,20	1,70	-1,70	(0,103)
Muito Satisfeitos		12	29,30	9	21,40	21	25,30	-0,40	0,40	
Total		41	100	42	100	83	100			

Assumindo variâncias iguais para os pacientes do género feminino e masculino (Levene: $p = 0,029$), as diferenças entre as médias das idades de homens e mulheres não são estatisticamente significativas (Teste t para a diferença entre médias: $p = 0,651$). Em relação às diferenças de localização na distribuição, conclui-se que não são significativas (Mann-Whitney-U: $p = 0,640$) indicando mediana semelhante em ambos os sexos, não sendo relevante a maior extremação do grau de satisfação nos homens. (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação da satisfação global no género

Teste	Levene	Teste-t	Mann-Whitney-U
Estatística do Teste	F = 4,931	t= -0,454	U = 813,500 Z= -0,468
Valor de Prova (bilateral)	0,029	0,651	0,640

A análise da satisfação com cuidados de carácter específico infere que, em relação aos cuidados prestados pelos médicos, a maior parte das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos (49,40%) demonstra estar satisfeito, e uma percentagem considerável (27,70%) refere estar pouco satisfeitos. Em média as mulheres apresentam maior grau de satisfação na sua relação com os médicos (grau de satisfação percentual médio de 48,87%), sendo que mais de metade, 57,10% se declara satisfeita, e apenas 20,60% revelam estar pouco satisfeitas. Em comparação, nos homens são mais os participantes pouco satisfeitos (34,10%) e menos os satisfeitos (41,50%), conduzindo a uma satisfação média inferior (grau de satisfação percentual médio de 48,87%). No entanto, estatisticamente as diferenças descritas não são significativas (Teste de Associação do Qui-quadrado: $\chi^2 = 2,323$; $p = 0,313$). (cf. Tabela 8)

Realizando uma comparação com os cuidados prestados pelos enfermeiros, observa-se que a maioria afirma estar satisfeito e muito satisfeito perfazendo a soma das respostas 87,90%, sendo baixa o número de participantes pouco satisfeitos, 12,00%. Novamente, as mulheres apresentam uma maior confluência para o grau satisfeito (59,50%) quando comparadas com os homens (48,80%), mas o grau de muito satisfeito tem maior representação nos homens, 36,60% e 31,00% nas mulheres, conduzindo a um grau médio de satisfação mais elevado (grau de satisfação percentual médio de 48,87%). Estatisticamente não são significativas as diferenças (Teste de Associação do Qui-quadrado: $\chi^2= 1,087$; $p = 0,581$). (cf. Tabela 8)

É na relação com a organização que se revela o menor grau de satisfação, declarando-se pouco satisfeitos 42,20% dos participantes, valor com representação próxima dos 49,90% satisfeitos e praticamente o quíntuplo dos 8,40% muito satisfeitos, conduzindo a um grau médio de satisfação baixo (grau de satisfação percentual médio de 41,14%). A distribuição é semelhante para homens e mulheres, e as diferenças não são significativas (Teste de Associação do Qui-quadrado: $\chi^2= 0,379$; $p =0,827$). (cf. Tabela 8)

Tabela 8 - Satisfação com os cuidados prestados pelos médicos / enfermeiros / organização

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2 (p)
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	
		Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Satisfação com os cuidados										
Médicos		46,34	27,27	48,87	20,60	47,62	24,01			
Pouco Satisfeitos		14	34,10	9	21,40	23	27,70	2,6	-2,6	2,323
Satisfeitos		17	41,50	24	57,10	41	49,40	-3,3	3,3	(0,313)
Muito Satisfeitos		10	24,40	9	21,50	19	22,90	0,6	-0,6	
Enfermeiros		59,04	21,96	57,68	19,82	58,35	20,79			
Pouco Satisfeitos		6	14,60	4	9,50	10	12,00	1,1	-1,1	1,087
Satisfeitos		20	48,80	25	59,50	45	54,20	-2,2	2,2	(0,581)
Muito Satisfeitos		15	36,60	13	31,00	28	33,70	1,2	-1,2	
Organização		41,46	21,01	40,83	17,67	41,14	19,28			
Pouco Satisfeitos		18	43,90	17	40,50	35	42,20	-0,7	0,7	0,379
Satisfeitos		19	46,30	22	52,40	41	49,40	-1,3	1,3	(0,827)
Muito Satisfeitos		4	9,80	3	7,10	7	8,40	0,5	-0,5	
Total		41	100	42	100	83	100			

5.3 - OTIMISMO/PESSIMISMO NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

As estatísticas referentes ao score global de otimismo/pessimismo nas pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, oscilaram entre uma pontuação mínima

obtida correspondente a seis pontos e máxima de 30, com um valor médio de 17,61. A maioria das pessoas (55,40%) demonstra um nível de otimismo com valores entre os 13-18 pontos. Apenas cerca de 12% das pessoas apresentam valores que demonstram níveis de pessimismo. (cf. Tabela 9).

Atendendo ao género, verifica-se um nível de otimismo médio semelhante para homens e mulheres 17,63 e 17,59, respetivamente, apesar de graus de otimismo abaixo de 12 serem mais representativos no sexo masculino (14,60%) do que no feminino (9,50%). De um modo geral o otimismo tem grau mais elevado nas mulheres, mas as diferenças em relação aos homens não são estatisticamente significativas (Teste de associação do Qui-Quadrado: $\chi^2=4,554$, $p = 0,103$). (cf. Tabela 9)

Tabela 9 - Estatística global do otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		Testes	
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem	χ^2	(p)
Grau de Otimismo/Pessimismo		17,63	5,36	17,59	5,13	17,61	5,21				
1-6		1	2,40	0	0,00	1	1,30	0,5	-0,5	4,554	
7-12		5	12,20	4	9,50	9	10,80	0,6	-0,6	(0,103)	
13-18		20	48,80	25	61,90	46	55,40	-2,7	2,7		
19-24		11	26,80	7	16,70	18	21,70	2,1	-2,1		
25-30		4	9,80	5	11,90	9	10,80	-0,4	0,4		
Total		41	100	42	100	83	100				

Assumindo variâncias iguais para os pacientes do género feminino e masculino (Levene: $p = 0,485$), as diferenças entre as médias do grau de otimismo/pessimismo de homens e de mulheres não são estatisticamente significativas (Teste-t: para diferenças entre médias $p = 0,929$). Em relação às diferenças de localização na distribuição, conclui-se que não são significativas (Mann-Whitney-U: $p = 0,876$) indicando mediana semelhante em ambos os sexos, não sendo relevante a maior extremação do grau de otimismo nas mulheres. (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Comparação do grau de otimismo/pessimismo por género

Teste	Levene	Teste-t	Mann-Whitney-U
Estatística do Teste	F = 0,493	t = -0,090	U = 845,500 Z = -0,156
Valor de Prova (bilateral)	0,485	0,929	0,876

5.4 – RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

Os testes de hipóteses realizados visam determinar a existência de uma relação entre o grau de otimismo/pessimismo das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos e os diferentes fatores considerados, nomeadamente os fatores sociodemográficos, os fatores clínicos e o grau de satisfação, correspondentes a três hipóteses distintas exploradas separadamente.

A escolha dos testes foi determinada pelas características da amostra a analisar, nomeadamente a simetria e a normalidade das pontuações do otimismo/pessimismo associadas a populações independentes. Tratando-se de amostras de dimensão relativamente reduzida (cerca de 40), sempre que estes pressupostos não puderam ser garantidos concorrentemente, optou-se pela realização de testes não paramétricos.

O teste à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S) foi escolhido para testar a qualidade de ajuste à distribuição normal, por se tratar de amostras de dimensão inferior a 50. A simetria foi qualificada pela razão entre o coeficiente de assimetria (skewness) e o erro padrão, sendo que valores de razão entre -2 e 2 revelam uma simetria de dados.

Verificando-se ambos os pressupostos, e se possível garantir a homogeneidade das variâncias (Teste de Levene), procedeu-se à análise ANOVA a um fator fixo. Por outro lado, não se verificando os pressupostos para testes paramétricos, optou-se pela realização de testes não paramétricos para estudar a relação entre otimismo/pessimismo e os diferentes fatores. Recorreu-se aos testes de Mann-Whitney-U para duas populações e Kruskal Wallis para três ou mais populações.

Hipótese (a) Existe influência significativa das variáveis sociodemográficas sobre o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos

A análise ao otimismo/pessimismo face ao género revelou valores médios compatíveis com otimismo/pessimismo com valores muito próximos, quer para os homens 17.63 quer para as mulheres 17.59, quer globalmente. Sendo que os nossos scores apresentam uma variação entre os valores de seis e 30, com valor de corte para 15, isso permite-nos assim, afirmar que os participantes com valores abaixo do nível de corte vão ser mais pessimistas. Por seu lado, aqueles que se localizam acima do valor 15 serão mais direcionados para uma tendência otimista. (cf. Tabela 11)

Quanto à distribuição das pontuações, revela simetria quer para homens quer mulheres (SK/Erro 0,143 e 1,531, respetivamente), mas as diferenças à Normal são altamente significativas nos homens (Teste K-S: $Z = 3,125; p=0,000$) e bastante significativas nas mulheres (Teste K-S: $Z = 3,125; p=0,000$). (cf. Tabela 11)

Constatou-se ainda não serem significativas as diferenças do otimismo/pessimismo sentido por homens e mulheres (Teste Mann-Whitney-U=775.5; $Z= -0,782$ $p=0.434$), podendo considerar-se então que o género não afeta o otimismo/pessimismo. (cf. Tabela 11)

Tabela 11 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do género

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	X	S	SK/erro	K/erro	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Mann- Whitney-U
Género								
Masculino	6,00	30,00	17,63	5,35	0,143	0,415	Z=3,125 p=0,000***	U=775,50 Z=-0,782 p=0,434
Feminino	10,00	30,00	17,59	5,13	1,531	1,931	Z=1,734 p=0,005**	
Total	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974		

*** $p < 0,001$ altamente significativo

** $p < 0,01$ bastante significativo

A determinação das estatísticas face à idade em tabulação cruzada com o género revelou que os valores médios de otimismo/pessimismo variam entre 17.11 para idades inferiores a 64 anos e 18.40 para idades superiores a 79 anos. Os scores variam entre seis

e 30, considerando o valor de corte de 15 e acima desse valor o individuo revelará otimismo, (Pedro,2010). Verificam-se níveis de otimismo maiores (18.40) para pessoas com idades mais avançadas (≥ 79 anos). Perante os resultados obtidos todos os participantes pontuaram valores médios que revelam elevado grau de otimismo. (cf. Tabela 12)

Os dados para todas as faixas apresentam simetria ($SK/erro = 0,587, 0,712$ e $1,117$) mas as diferenças em relação à Normal são bastante significativas para as faixas de 65-79 anos e mais de 79 anos (Teste K-S: $Z=0,221; p=0,002$ e $Z=0,196; p=0,005$, respetivamente).

As diferenças no otimismo/pessimismo entre os três grupos etários não são significativas (Teste de Kruskal-Wallis: $H = 0,00670; p = 0,617$) e conclui-se portanto que a idade não tem influência significativa no grau de otimismo/pessimismo dos pacientes. (cf. Tabela 12)

Tabela 12 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função dos grupos etários

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Kruskal- Wallis
Classe etária								
≤ 64 anos	6,00	30,00	17,11	5,98	0,587	0,502	Z=0,154 p=0,101	H=0,0670 p=0,617
65-78 anos	9,00	28,00	17,23	4,19	0,712	1,726	Z=0,221 p=0,002*	
≥ 79 anos	9,00	30,00	18,40	5,35	1,117	1,059	Z=0,196 p=0,005*	
Global	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974		

* Valores de Prova bastante significativos

O estudo do otimismo/pessimismo mediante a zona de residência denota que a maioria dos utentes reside em ambiente rural, e o valor médio de otimismo/pessimismo é superior (17.92) face aos utentes que residem em ambiente urbano (17.03). (cf. Tabela 13)

O teste à normalidade de Kolmogrov-Smirnov revela diferenças altamente significativas entre as distribuições do otimismo/pessimismo nas zonas rurais e a normal (Teste K-S: $Z = 0,231; p=0,000$), e não significativas nas zonas urbanas (Teste K-S: $Z = 0,123; p=0,200$), pelo que não se verifica o pressuposto da normalidade para ambas as populações. Como tal optou-se pelo teste não paramétrico de localização de Mann-Whitney-U, sendo que as diferenças entre zona residencial não se verificam estatisticamente significativas (Teste Mann-Whitney-U=735.5; $Z= -0,456; p=0.649$). (cf. Tabela 13)

Tabela 13 -Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da zona de residência

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK/erro	K/erro	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Mann- Whitney- U
Zona de residencia								
Rural	7	30	17,93	5,08	1,032	1,214	Z=0,231 p=0,000***	U=735,500 Z= -0,456 p=0,649
Urbana	6	30	17,03	5,50	0,517	0,808	Z=0,123 p=0,200	
Total	6	30	17,61	5,21	0,788	0,974		

*** p < 0.001 altamente significativo

Os participantes com baixas habilitações literárias têm valores médios de otimismo/pessimismo muito superiores (19.03) comparativamente aos participantes com habilitação literária superior (16.51 e 16.00). É neste fator sociodemográfico que se observa uma maior disparidade nos dados, apesar de todas as populações serem simétricas (SK/erro entre -2 e 2 para todos os níveis). (cf. Tabela 14)

O teste à normalidade de Kolmogrov-Smirnov (K-S) revelou que são altamente significativas as diferenças entre a distribuição da variável otimismo/pessimismo e a distribuição normal para a população analfabeta (Teste K-S: Z= 0,213; p = 0,000), bastante significativas as diferenças para a população com habilitação até ao 9º ano (Teste K-S: Z= 0,179; p = 0,004) e significativas as diferenças na população com ensino secundário e superior (Teste K-S: Z= 0,292;p = 0,043). (cf. Tabela 14)

Não se verificou a existência de diferenças significativas (Teste de Kruskal-Wallis: H = 4,493; p = 0,106) no otimismo/pessimismo entre os três grupos. Conclui-se portanto que as habilitações literárias não têm influência significativa no grau de otimismo/pessimismo dos pacientes. (cf. Tabela 14)

Tabela 14 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função das habilitações literárias

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	KI _{erro}	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Kruskal- Wallis
Habilitações Literárias								
Analfabeto	12,00	30,00	19,03	5,13	1,123	0,365	Z=0,213 p=0,000***	H=4,493 p=0,106
4º-9º ano	7,00	30,00	16,51	5,15	0,868	1,456	Z=0,179 p=0,004**	
≥ 12 ano	6,00	23,00	16,00	4,78	-1,098	3,293	Z=0,292 p=0,043*	
Global	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974		

*** p < 0,001 altamente significativo

** p < 0,01 bastante significativo

* p < 0,05 significativo

A maioria dos participantes refere ter prática religiosa. Analisando os resultados verifica-se que as pessoas que referem não ter uma religião, revelam níveis médios de otimismo/pessimismo superiores (18.20), quando comparados com as pessoas que referem ter uma religião (17.58). (cf. Tabela 15)

Comparadas à Normal, as diferenças são altamente significativas para a distribuição do otimismo/pessimismo nos praticantes de religião (Teste K-S: Z = 0,202;p=0,000), e não significativas para os não praticantes de religião (Teste K-S: Z = 0,236;p=0,200), pelo que não se verifica o pressuposto da normalidade para ambas as populações. Como tal optou-se pelo teste não paramétrico de localização de Mann-Whitney-U, sendo que as diferenças entre praticantes e não praticantes não se verificam estatisticamente significativas (Teste Mann-Whitney-U=163,5;Z= -0,606 p=0.558). (cf. Tabela 15)

Tabela 15 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da prática religiosa

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Mann- Whitney- U
Religião								
Sim	6,00	30,00	17,58	5,32	0,802	0,908	Z=0,202 p=0,000***	U=163,500 Z= -0,606 p=0,558
Não	15,00	22,00	18,20	3,27	0,134	-2,763	Z=0,236 p=0,200	
Total	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974		

*** p < 0.001 altamente significativo

Os valores médios de otimismo/pessimismo não variam significativamente em função do rendimento familiar ser o ordenado mínimo ou ser superior (valores médios de 17.76 e 17.15, respetivamente). (cf. Tabela 16)

Os dados não seguem distribuição normal em nenhum dos casos (Teste K-S: Z = 0,173;p=0,000 e Z = 0,230;p=0,007, respetivamente para ordenado mínimo e ordenado superior), e as diferenças entre rendimentos distintos não se verificam estatisticamente significativas (Teste Mann-Whitney-U=614,000;Z= -0,171 p=0.864). Portanto, não é relevante o rendimento para o grau de otimismo/pessimismo do paciente. (cf. Tabela 16)

Tabela 16 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do rendimento

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov- Smirnov	Teste de Mann- Whitney- U
Rendimento Familiar								
Ordenado Mínimo	6,00	30,00	17,76	5,52	0,682	0,601	Z=0,173 p=0,000***	U=614,000 Z= -0,171 p=0,864
>= 2 vezes Ordenado Mínimo	10,00	30,00	17,15	4,20	1,332	4,046	Z=0,230 p=0,007**	
Total	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974		

*** p < 0.001 altamente significativo

** p < 0,01 bastante significativo

Ainda que não seja possível garantir a fiabilidade de análise ANOVA, procedeu-se a um teste adicional de fatores de correlação de Spearman (Rho) de modo a obter uma perspetiva diferente sobre a relação entre os fatores sociodemográficos e o grau de otimismo/pessimismo. Optou-se por esta abordagem por serem bastante significativas as diferenças à Normal dos dados associados ao grau de otimismo global (Teste K-S: $Z=1,734$; $p=0,005$). (cf. Tabela 17)

Tabela 17 - Estatísticas do grau de otimismo/pessimismo global

Otimismo Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov- Smirnov
Total	6,00	30,00	17,61	5,21	0,788	0,974	Z=1,734 p=0,005**

** $p < 0,01$ bastante significativo

Hipótese (b) Existe associação entre as variáveis clínicas e o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos

Os mesmos princípios usados na hipótese anterior serão aqui aplicados. Em suma, se falharem os pressupostos de simetria e normalidade dos dados, recorrer-se-á a testes de hipóteses não paramétrico nomeadamente: Mann-Whitney-U quando se tratar de dois fatores, Kruskal-Wallis para três ou mais fatores. Caso sejam verificados os pressupostos, proceder-se-á a uma análise de variância ANOVA com um efeito fixo. (cf. Tabela 18)

A análise das variáveis clínicas enceta-se pelo estudo da relação com o tempo de internamento. O mesmo reflete diferenças de carácter relevantes entre períodos de internamento mais curtos (média 19.26) face a internamentos mais longos, aproximadamente dois meses (média 17.05). (cf. Tabela 18)

Os dados são simétricos, mas diferem da Normal. O teste K-S revelou que são significativas as diferenças à normal para um tempo de internamento até duas semanas (Teste K-S: $Z=0,213$; $p=0,000$) e bastante significativas as diferenças quer para tempos de internamento entre três e seis semanas (Teste K-S: $Z=0,179$; $p=0,004$), quer para tempos superiores a sete semanas (Teste K-S: $Z=0,0,292$; $p=0,043$). (cf. Tabela 18)

Contudo, diferenças observadas no otimismo/pessimismo não são significativas (Teste de Kruskal-Wallis: $H=4,493$; $p=0,106$) entre os três grupos. Conclui-se portanto que o tempo

de internamento não tem influência significativa no grau de otimismo dos pacientes. (cf. Tabela 18)

Tabela 18 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função do tempo de internamento

	Min	Máx.	X	S	SK _{err}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov-Smirnov	Teste de Kruskal-Wallis
Tempo de Internamento								
≤ 2 semanas	11,00	30,00	19,26	1,109	0,849	0,021	Z=0,184 p=0,042*	H=2,676 p=0,262
3-6 semanas	7,00	30,00	17,16	1,425	0,859	0,632	Z=0,236 p=0,007**	
≥ 7 semanas	6,00	30,00	17,05	1,212	0,744	1,879	Z=0,220 p=0,009**	
Score global	6,00	30,00	17,89	0,716	0,700	0,457		

Em termos de internamentos anteriores, verifica-se um otimismo/pessimismo favorável em pessoas com mais que um internamento com valores médios de 19.89 e 18.23, face aos 15.46 das pessoas com apenas um internamento. Porém, as diferenças não são estatisticamente significativas (*Kruskal - Wallis* =4.98; $p= 0.083$), e os internamentos anteriores não condicionam o otimismo/pessimismo. Novamente, verifica-se a simetria dos dados mas não a sua normalidade. (testes K-S). (cf. Tabela 19)

Tabela 19 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função de internamentos anteriores

	Min	Máx.	X	S	SK _{err}	K _{erro}	Teste de Kolmogrov-Smirnov	Teste de Kruskal-Wallis
Internamentos anteriores								
1 internamento	9,00	30,00	15,46	1,522	1,068	0,888	Z=0,168 p=0,200	H=4,982 p=0,083
2 internamentos	7,00	30,00	19,89	1,510	0,363	-0,461	Z=0,192 p=0,063	
3 ou mais internamentos	9,00	30,00	18,23	1,097	0,606	0,766	Z=0,154 p=0,200	
Score global	7,00	30,00	18,15	0,807	0,589	-0,096		

Quanto aos anos de doença existem diferenças relevantes em face da duração da doença. As pessoas com duração da doença inferior a um ano demonstram níveis médios de otimismo/pessimismo mais elevados (18.05) relativamente às pessoas com mais de dois anos (16.52). Contudo após os quatro anos de doenças demonstram novamente melhoria (17.77). (cf. Tabela 20)

Os dados apresentam simetria nas três categorias de duração de doença ($SK/erro < 2$), contudo diferem significativamente da Normal as doenças de curta duração (Teste K-S: $Z=0,166$; $p=0,01$) e as de longa duração (Teste K-S: $Z=0,216$; $p=0,003$)

Estatisticamente as diferenças não são significativas (*Kruskal - Wallis* =1.142; $p=0.565$), indicando que os anos de doença não são decisivos para o grau de otimismo/pessimismo. (cf. Tabela 20)

Tabela 20 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função anos de doença

	Min	Máx.	Média	DP	SK/err	$K/erro$	Teste de Kolmogrov-Smirnov	Teste de Kruskal-Wallis
Anos de Doença								
≤ 1 ano	9,00	30,00	18,05	0,818	0,927	1,059	$Z=0,166$ $p=0,010^*$	$H=1,142$ $p=0,565$
2-3 anos	9,00	28,00	16,52	0,909	0,932	3,288	$Z=0,214$ $p=0,023^*$	
≥ 4 anos	6,00	30,00	17,77	1,223	0,549	0,354	$Z=0,216$ $p=0,003^{**}$	
Score global	6,00	30,00	17,61	0,572	0,788	0,974		

As pessoas que pontuaram com sonolência moderada são as que apresentam níveis mais elevados de otimismo/pessimismo (19.56) relativamente às pessoas com sonolência fraca (18.42) e severa (16.53). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas (*Kruskal - Wallis* =7.931; $p=0.047$), pelo que se infere que a sonolência é um fator de influência sobre o grau de otimismo/pessimismo. (cf. Tabela 21)

Tabela 21 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da sonolência

	Min	Máx.	Média	DP	SK/err	$K/erro$	Teste de Kolmogrov-Smirnov	Teste de Kruskal-Wallis
Grau de Sonolência								
Normal	6,00	30,00	15,15	1,172	0,786	2,439	$Z=0,131$ $p=0,200$	$H=7,931$ $P=0,047$
Fraca	9,00	30,00	18,42	1,331	0,734	0,115	$Z=0,197$ $p=0,050$	
Moderada	14,00	30,00	19,56	1,004	1,100	-0,058	$Z=0,283$ $p=0,000^{***}$	
Severa	9,00	21,00	16,53	0,702	-0,795	1,587	$Z=0,132$ $p=0,200$	
Score global	6,00	30,00	17,61	0,572	0,788	0,974		

Hipótese (c) A satisfação com os cuidados influencia o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de Cuidados Paliativos.

As pessoas menos satisfeitas com os cuidados revelam níveis de otimismo/pessimismo mais elevados (18,87) comparativamente com as pessoas muito satisfeitas (15,05) sendo as diferenças estatisticamente significativas (Kruskal- Wallis=6,275; $p= 0.043$). (cf. Tabela 22)

Tabela 22 - Estatísticas do otimismo/pessimismo em função da satisfação com os cuidados

Optimismo/ Pessimismo	Min	Máx.	Média	Dp	SK _{erro}	K _{erro}	Teste K-S	Teste de Kruskal- Wallis
Satisfação com os cuidados								
Pouco Satisfeito	9,00	30,00	18,87	6,27	0,218	-0,425	Z=0,158 p=0,200	H=6,275 p= 0,043*
Satisfeito	11,00	30,00	18,36	4,89	1,426	1,470	Z=0,235 p=0,000***	
Muito satisfeito	6,00	24,00	15,05	4,41	-0,198	0,286	Z=0,120 p=0,200	
Score global	6,00	30,00	17,61	0,572	0,788	0,974		

A relação de associação ordinal entre o otimismo/pessimismo e a variável satisfação com os cuidados é estatisticamente significativa, moderada e inversa ($\rho=-0,251$; $p=0.022$). Ou seja, um aumento do grau de satisfação conduz a uma diminuição do grau de otimismo/pessimismo. Este fato é difícil de explicar, e interpretar, mas talvez esteja relacionado com a situação emocional e familiar dos pacientes mais idosos que, ao atingirem uma plenitude no grau de satisfação com os cuidados, passam a temer um futuro desprovido de atenção pessoal e disponibilização de serviços. (cf. Tabela 23)

Tabela 23 - Relação entre a satisfação com os cuidados e o otimismo/pessimismo

Variáveis	N	Sperman	P
Satisfação com os cuidados	83	-0,251	0,022

Para determinação das variáveis preditivas do otimismo/pessimismo, e tratando-se de apenas um fator global, procedeu-se à análise dos efeitos de interação entre as variáveis (satisfação com os cuidados e sonolência). O modelo de regressão linear patenteia que as

variáveis em conjunto apresentam um valor de $r=0.338$ e explicam globalmente 11.4% da variabilidade do otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos com um erro padrão da estimativa de 4,97. O valor de F é significativo (5.164; $p=0.008$) o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis e os valores de t explicativos, permitindo afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo são preditores do otimismo/pessimismo. (cf. Tabela 24)

Os coeficientes padronizados beta indicam que a satisfação com os cuidados são os que revelam maior valor preditivo e a sua relação inversa com o otimismo/pessimismo, permite afirmar que quanto maior a satisfação com os cuidados, menor o nível de otimismo/pessimismo. A sonolência tem relação positiva com o nível de otimismo/pessimismo, conforme melhoram os graus de sonolência, melhora também o otimismo/pessimismo. (cf. Tabela 24)

Tabela 24 - Regressão linear múltipla entre a variável otimismo/pessimismo e as variáveis satisfação com os Cuidados e sonolência

Variável dependente – Otimismo/Pessimismo					
R=0,338					
R²=0,114					
R² ajustado=0,092					
Erro padrão da estimativa=4,96610					
Incremento de R²=0,114					
F=5,164					
p=0,008					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	Colinearidade VIF
	22,179	Beta	8,609	0,000	
Constantes					
Satisfação	-0,061	-0,295	-2,753	0,007	1,034
Sonolência	0,113	0,113	1,128	0,263	1,034
Efeito	Soma quadrados	Graus liberdade	Média quadrados	F	p
Regressão	254,694	2	127,347	5,164	0,008
Residual	1972,968	80			
Total	2227,663	82			

6 - DISCUSSÃO DOS MÉTODOS E RESULTADOS

A discussão dos resultados constitui um dos pontos mais relevantes de todo o processo de investigação, pois nesta fase confrontamos e comparamos os resultados obtidos com os resultados de diferentes investigações já desenvolvidas. Iremos iniciar pela discussão da metodologia.

DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Quando se inicia um estudo, uma das preocupações, é criar um trabalho de caráter metodológico rigoroso e científico. Fizemos uso da metodologia que nos pareceu mais adequada para possibilitar a realização deste estudo.

No que toca à análise da fidelidade dos instrumentos de colheita de dados feita através do cálculo do alfa de Cronbach, sendo a fiabilidade aceitável para valores entre 0,8 e 0,9, e muito boa para valores acima de 0,9 (Pestana & Gageiro, 2008).

No estudo desenvolvido por estes autores observou-se um alfa de Cronbach de 0,851 para o questionário da Escala de Sonolência de EPWORTH (Franco, Bonanni, Jaguaribe e Jr, 2009), obtendo no nosso estudo um índice consistência interna original com um alfa de Cronbach 0,853. Demonstrativo de elevada fiabilidade 0,964 para a satisfação com os cuidados (Martins, 2009), para o nosso estudo à sua consistência interna obteve um alfa de Cronbach de 0,985, denotando uma fiabilidade muito elevada. Obteve-se na validação da LOT-R, uma consistência interna fazendo uso dos índices de correlação, no presente estudo com um valor para alfa Cronbach de 0,841, indicativo de fidelidade elevada. No estudo desenvolvido (Pedro, 2010) obteve-se para o otimismo/pessimismo um alfa de 0,78.

Para se proceder a aplicação do nosso instrumento de colheita de dados, requereu-se a autorização as várias instituições (Anexo II). Os participantes foram devidamente informados sobre a finalidade da colheita de dados, pediu-se o consentimento (Anexo III), para colaborarem de forma voluntaria e foi dado a garantia de confidencialidade. Solicitou-se junto dos autores das Escalas a sua autorização para fazermos uso delas no nosso instrumento de colheita de dados. (Anexo II).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da amostra de 83 doentes, a idade média foi de 70,9 anos, com uma ligeira representação superior de doentes do género feminino (50,60%), sendo que 50,60% dos participantes não possuíam companheiro afetivo, algo que poderá ser explicado pela idade avançada dos doentes, com uma prevalência marcante de viúvos. Dos participantes, 65,10% residem em zona rural e 34,90% reside em meio urbano, 45,80% são analfabetos, sendo que apenas 9,60% tem habilitações literárias iguais ou superiores ao 12ºano, 94% tem prática religiosa e 75,9% auferem de um rendimento mensal equivalente a um salário mínimo nacional.

Todos estes fatores estão relacionados com a localização dos inquiridos, em distritos do interior, onde usualmente são mais baixos os salários, mais alta a incidência do analfabetismo e mais disseminada prática religiosa.

Quanto à amostra selecionada foi possível inferir que o género dos doentes não influencia nenhum dos fatores sociodemográficos. Podemos concluir tratar-se de uma amostra aleatória quando analisada por género, pois as diferenças detetadas nos dados quando organizados por género são não significativas.

Ao verificar de que forma as variáveis sociodemográficas tem influência significativa no otimismo/pessimismo dos doentes, inferimos assim que o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos não têm relação estatisticamente significativas. Encontramos um estudo desenvolvido por Zerger, Glaesmer, Hockel e Hinz (2010) em que os resultados obtidos corroboram os nossos, isto é, não foi encontrada relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de otimismo/pessimismo. O estudo desenvolvido por Silva (2014), inferiu que os homens demonstram ter um grau de pessimismo superior, enquanto as mulheres referenciam valores superiores, mas de otimismo. Também neste estudo, concluíram que os inquiridos detentores do ensino superior demonstravam níveis de pessimismo mais baixos. Inferiu também que o fato de trabalhar, era tradutor de níveis elevados de otimismo e a não prática de uma profissão induzir em valores mais elevados de pessimismo. Por outro lado, o estudo de Mazanec et al (2010) conclui que o otimismo está em correlação com todas as variáveis, mas mais fortemente com a espiritualidade.

Relativamente às variáveis clínicas a maioria da nossa amostra, (36,5%) refere um internamento máximo de duas semanas. Conclui-se a existência de diferenças relevantes para períodos de internamento mais curto perante internamentos mais longos, cerca de dois meses, mas estatisticamente não se pode afirmar existirem diferenças significativas.

Inferimos que relativamente ao número de internamentos anteriores, uma parte representativa da nossa amostra (39,6%) demonstrou ter pelo menos três internamentos anteriores. A existência de internamentos anteriores proporciona a existência de um otimismo/pessimismo favorável nos doentes com mais que um internamento anterior, face aos doentes que só tem um, demonstrando diferenças estatisticamente não significativas.

Obtivemos na nossa amostra, uma maioria de participantes com menos de um ano de duração de doença (45,8%). Inferimos assim que os anos de doença relevam diferenças, sendo que com tempo inferior a um ano os níveis médios de otimismo/pessimismo são mais elevados, relativamente as pessoas com mais de dois anos. Verifica-se um novo aumento dos níveis de otimismo/pessimismo após quatro anos de doença, mas as diferenças não revelam diferenças significativas.

O estudo de Zenger et al (2010) concluiu que doentes com um tempo mais elevado de doença superior a oito semanas desde o diagnóstico revelam valores mais elevados de pessimismo. Este estudo vem confirmar em certa parte os resultados por nos obtidos, pois este tem por base meses de evolução, enquanto o nosso trata o número de anos desde o seu aparecimento.

Relativamente a sonolência, constatamos, no nosso estudo que 32,5% demonstra sonolência moderada, passando para a análise por género obtivemos uma maioria (29,3%) do género masculino com sonolência fraca, por outro lado, no género feminino obtém-se uma sonolência moderada na maioria das participantes (38,1%). Doentes com sonolência moderada revelam níveis mais elevados de otimismo/pessimismo quando comparados aos doentes com sonolência fraca e severa. Aqui, obtemos diferenças estatisticamente significativas. No que diz respeito a esta variável, não foram encontrados estudos que a relacionem com o otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos. Tal como no estudo de Talhada (2012), podemos constatar que é o género feminino o que reflete ter pior qualidade de sono.

Todo o doente que passa por um período de internamento, vai possivelmente desenvolver um conjunto de alterações no seu padrão de sono. Estas modificações vão ser provocadoras de inúmeras tensões induzindo a um aumento de pessimismo. Por isso enquanto profissional, é de nosso dever encontrar estratégias, não só através de fármacos para restabelecer os níveis de sonolência das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, mas também com a ajuda da musicoterapia, técnicas de relaxamento, diálogo com psicólogos, entre outras.

Quanto à satisfação global a maioria dos nossos participantes, demonstrou-se satisfeito com os cuidados (48,20%), isso refletiu-se em ambos os géneros, mas com uma

maioria no género feminino (59,50%) relativamente ao género masculino (36,60%). Analisando de forma individual os grupos da satisfação médicos/enfermeiros/organização, inferimos que 49,40% das pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos está satisfeito com os cuidados prestados pelo médico, face a 27,70% que se mostraram pouco satisfeitos. Quanto à satisfação com os cuidados ministrados pelos enfermeiros, os participantes revelaram-se maioritariamente satisfeitos e muito satisfeitos (87,90%) sendo muito reduzido o número de pouco satisfeitos (12,00%). Obteve-se com a organização o menor grau de satisfação, (42,20%) dos participantes mostraram-se pouco satisfeitos.

Se atentarmos ao grau de satisfação, quer global quer particularizado ao pessoal clínico e instituição, o mesmo se verifica. As diferenças são não significativas quanto ao género dos pacientes, e a amostra é aleatória quanto ao género.

Considerando a variável satisfação com os cuidados, inferimos que as pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos que apresentam maior grau de satisfação, apresentam piores níveis de otimismo/pessimismo. Podemos assim dizer que existem diferenças estatisticamente significativas. Observamos assim a existência de uma relação de associação entre o otimismo/pessimismo e a nossa variável satisfação com os cuidados, destaca-se uma moderada relação inversa.

O resultado do nosso estudo apresenta conclusões semelhantes ao estudo de Martins (2009), que evidencia que os participantes referem estar satisfeitos com os cuidados que receberam, sendo que os cuidados prestados pelos enfermeiros foram os mais apreciados e a pior apreciação foi para os serviços e organização dos cuidados. No estudo desenvolvido por (Gonçalves, 2010) em doente oncológicos, verificou-se a obtenção de resultados relativamente próximos dos do nosso estudo, em que se constata a obtenção de valores elevados de satisfação com os médicos e enfermeiros e um grau de satisfação reduzido com a organização dos cuidados. Os resultados obtidos no estudo desenvolvido por (Pontinha, 2011) assemelham-se aos nossos, pois obteve uma satisfação com os cuidados maioritária com o grupo dos enfermeiros, quando comparados os índices de satisfação com o grupo dos médicos ou da organização.

A nossa variável dependente otimismo/pessimismo, obteve para o género masculino e femininos níveis bastante semelhantes 17,63 e 17,59, mas com valores abaixo de 12 mais elevados para o masculino (14,60%) e (9,50%) para o feminino, logo demonstrou-se um grau mais elevado de otimismo nas mulheres. O grau de otimismo não se revela sensível ao género, sendo as diferenças entre homens e mulheres não significativas. Também aqui a amostra é aleatória quanto ao género.

A existência de influência por parte da satisfação com os cuidados é difícil de entender e explicar, sendo a, atenção prestada, o nível de conforto e ajuda, essenciais ao bem-estar do doente, mas complicadas para uma situação de fim de vida, em que não se esperam melhorias. Sendo assim, é possível explicar a diminuição do otimismo quando o doente apresenta maiores níveis de satisfação. Por outro lado, a sonolência é um fator de influência no bem-estar dos doentes, sendo que sujeitos com padrões de sono irregulares e insuficientes, tendem a tornar-se confusos e desconfiados, difíceis de manobrar, e como tal favorecem o aumento do pessimismo.

Contudo, existem resultados comuns e bem documentados em outros estudos, sendo de destacar a influência da satisfação dos cuidados sobre o otimismo/pessimismo. Nesta área surge a melhoria dos cuidados, por parte de enfermeiros e médicos, com um contato mais direto com os doentes, mas também por parte da instituição em termos de instalações, atividades disponibilizadas, ajudas concedidas.

Após uma pesquisa extensa, não foi possível encontrar estudos que relacionassem as nossas variáveis umas com as outras: otimismo/pessimismo com a sonolência e quantidades reduzidas de estudos acerca da relação das outras variáveis: otimismo/pessimismo com as variáveis sociodemográficas; otimismo/pessimismo com as variáveis clínicas e otimismo/pessimismo com a satisfação.

7 - CONCLUSÕES

Todos os dias nos deparamos nos meios de comunicação social com notícias que os casos de neoplasia são provavelmente a primeira causa de morte a nível mundial e aumentam substancialmente.

A neoplasia provoca alterações a nível físico e psicológico, desencadeando a necessidade de cuidados especiais no doente, na fase terminal. Na vida de um doente deve almejar-se uma vivência serena e sem incómodos de natureza emocional, bem como desprovida de dor física, sendo esse, um dos objetivos primários dos cuidados paliativos.

Os Cuidados Paliativos são uma colaboração entre vários profissionais, de diferentes áreas, aptos a acompanhar de uma forma continua a pessoa em fase terminal. Refletem uma solução para colmatar as necessidades dessas pessoas baseando-se na ética, médica e psicológica. (Neto, 2013)

Centrou-se o estudo no otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos. Não foi fácil encontrar informação para comparar todas as variáveis dos resultados deste estudo, uma vez que os estudos nesta área são quase inexistentes.

No entanto, nos nossos dias, inúmeros trabalhos de caráter científico, demonstram a existência de uma ligação entre pensamentos positivos, em destaque o otimismo, com a melhoria das condições de saúde das pessoas; Inversamente o predomínio de pensamentos negativos, no caso o pessimismo, liga-se à existência de uma saúde mais fragilizada. (Braconier, 2013)

A amostra contempla 83 doentes internados em instituições prestadoras de cuidados paliativos, tratando-se da amostra possível, uma vez que muitos doentes, quando internados encontram-se já numa fase de debilidade acentuada e sem capacidade de responder, algo que limitou o número de pacientes disponíveis para o estudo.

A nossa investigação empírica possibilitou-nos desenhar o perfil sociodemográfico da nossa amostra. Prevaleram pessoas do género feminino (50,6%) com idades superiores a 79 anos (42,9%). No género masculino, as idades mostraram-se iguais ou inferiores a 64 anos (41,5%). Uma maioria revelou estar sem companheiro (50,6%), residentes em meio rural (65,1%) e ter uma prática religiosa (94%). Observando as habilitações literárias

destaca-se um elevado número de analfabetos (45,8%). Uma maioria de participantes não tem qualquer atividade profissional (54,2%). Os resultados revelam, ainda, que a grande maioria (75,9%) tem um rendimento mensal equivalente ao salário mínimo nacional.

Aplicando a LOT-R, mostram uma amostra maioritariamente otimista (55,4%), visto terem-se obtido scores entre 13-18 pontos, quanto ao género o género masculino, revela-se mais pessimista que o género feminino uma vez que 14,6% dos homens e só 9,5% das mulheres mostraram scores abaixo de 12 representativos de pessimismo, conclui-se pois que as mulheres se mostram mais otimistas.

Quanto à análise inferencial do nosso estudo, os valores obtidos pelo t levam a afirmar que as variáveis independentes satisfação global da pessoa em cuidados paliativos e a sonolência usadas neste modelo são preditores do otimismo/pessimismo dessas pessoas. Conclui-se que estas variáveis exercem influência, explicando, assim, os cerca de 11,4% da variabilidade do otimismo/pessimismo nas pessoas em necessidade de cuidados paliativos. O valor de F é significativo (5.164; $p=0,008$) conduzindo à rejeição da nulidade entre as variáveis.

Apurou-se no caso da satisfação global, o estabelecimento de uma relação inversa com o otimismo/pessimismo, sendo que quanto maior os valores de satisfação global com os cuidados, menor o nível de otimismo/pessimismo. Por seu lado a sonolência mostra uma relação direta/positiva, com o otimismo/pessimismo e melhora o grau de sonolência diurna, logo melhora os níveis de otimismo/pessimismo.

Espera-se que este estudo possa vir a ser o início de mais investigações nesta área do otimismo/pessimismo na pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Os doentes em cuidados paliativos, muitos com dificuldade de comunicação, idade avançada, deficiências de memória e incapacidade de auto-análise imparcial, bem como o reduzido número de instituições na Rede de Cuidados Paliativos dificultam o aprofundamento destas questões.

Foi feito uso da metodologia científica, que nos pareceu mais adequada para tornar possível a realização deste estudo do otimismo/pessimismo da pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos.

Constatamos um número reduzido de estudos publicados, tanto em Portugal como no estrangeiro sobre o otimismo/pessimismo em pessoas em situação de necessidade de cuidados paliativos, o que dificultou a fundamentação teórica, mas ao mesmo tempo revela a novidade deste estudo. Outra limitação passou pela nossa amostragem ser não probabilística devido à escolha das instituições, realizada pela especificidade do tema de estudo da equipa de investigação

Terminamos este trabalho, com a convicção, que adquirimos competências para a prática diária da nossa profissão, bem como lançámos a base do estudo da importância do otimismo/pessimismo nos cuidados a ter com as pessoas em necessidade de cuidados paliativos, que devem sempre tratadas de forma holística.

Enquanto profissionais de saúde devemos ter em mente as inúmeras alterações físicas e psíquicas que acontecem nestas pessoas, incentivando os doentes a exprimi-las e partilha-las, de forma a podermos minimizar o impacto destas no quotidiano da pessoa em necessidade cuidados paliativos, procurando estratégias que possibilitem a melhoria e a aceitação.

O profissional de saúde, especialmente o enfermeiro deve adotar uma postura de positivismo, encaminhando para um humor mais otimista, mesmo sabendo que será uma tarefa difícil, hercúlea e por vezes quase impossível, mas quando alcançada, é uma mais-valia nas várias dimensões na vida dessas pessoas.

A realização deste estudo permitiu compreender melhor a temática do “otimismo/pessimismo na pessoa em situação de necessidade de cuidados paliativos”, esperando ter aberto o caminho a novas investigações uma vez que no otimismo e nos Cuidados Paliativos ainda está “tudo” por fazer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). *Cuidado Paliativo*. Recuperado em 15 março, 2014. http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?spublicacao=Livros

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2009). *Manual de cuidados paliativos*. Recuperado em 15 março, 2014, http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?spublicacao=Livros

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *O Manual de cuidados paliativos*. Recuperado em 15 março, 2014, http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?page=2

Avanci, B.S., Carolindo, F.M., Góes, F.G.B., Netto, N.P.C. (2009) Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. [Versão electrónica], *Esc Anna Nery*, 13 (4), 708-716.

Barbosa, A., & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed.) Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Batista, F.M.M.S.F. (2009) *O optimismo a luz da psicologia positiva*. Trabalho de curso, Universidade Católica Portuguesa-Faculdade de Filosofia, Portugal. Recuperado em 17 maio, 2014, <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0179.pdf>

Bermejo, J.C., Diaz-Albo, E., Sanchez, E., (2011). *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos*. Madrid: Caritas Espanola

Braconnier, A. (2013) *Optimisme : L' Optimisme inteligente*. Paris: Odile Jacob

Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E., (2014). *Psychologie de la santé – Modèles, concepts et méthodes Psychologie sociale*. (2^o ed.) Paris: Dunod

Campbell, M.L. (2011). *Resumo das directrizes de prática clinica para a qualidade dos cuidados paliativos*. In M.L. Campbell. *Nurse to Nurse Cuidados paliativos em enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Carrasco T. (2012). *A estrada da revolução – Morte assistida*. Portugal: Leya

Carver, C.S., Scheier, M.F., Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30,879-889. Recuperado em 5 de março 2015. http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/10_CPR_Optimism.pdf

Chaumet, C. (2010). *Hypnothérapie – Psychothérapie sous hypnose*. Psyplus: Vesseaux

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O.D., Arpone. F., Reda., M.A. (2010) Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice e epidemiology in mental health*,(6), 25-29. Recuperado em 5 de março 2015. [file:///C:/Users/user/Downloads/CPEMH-6-25%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/CPEMH-6-25%20(1).pdf)

Da Silva, I.M.D. (2014) *Estudo comparativo sobre o bem-estar subjetivo em pacientes oncológicos, familiares e população em geral*. Tese de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6474/Ilda%20Maria%20Duarte%20da%20Silva.pdf?sequence=1>

De Marco, M.A., Abud, C.C., Lucchese, A.C., Zimmermann, V.B. (2012) *Psicologia Medica: Abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed

Desseilles, M., Mikolajczak, M. (2013). *Vivre mieux avec ses emotion*. Paris: Odile Jacob

Fernandes, S.M.R. (2009) *Predetores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de doutorado, Universidade do Minho-Instituto de educação e psicologia, Braga, Portugal. Recuperado em 15 maio,2014, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9809>

Ferreira, P.L., Antunes, B., Pinto, A.B., Gomes, B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA [Versão electrónica], *Revista portuguesa de saúde publica*, 30(1), 62-70.

Foucault, C., Mongeau, S. (2012). *A arte de tratar em cuidados paliativos: Perspetivas de enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget

Franco, C.M.R., Bonanni, J.C., Jaguaribe, A.M., Ataide Jr. L. (2009). Estudo sobre o impacto do uso de aparelho de emissão se pressão positiva continua nas vias aéreas superiores na hipersónia diurna em portadores da síndrome de apneia do sono [Versão electrónica], *Revista portuguesa de pneumologia*, XV(2), 215-226.

Gonçalves, A.L. (2014). *A Satisfação sexual e coping em mulheres mastectomizadas*. Dissertação de investigação, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal. Recuperado em 3 março, 2015. <http://www.psicologia.pt/teses/textos/TE0012.pdf>

Gonçalves, J.D.O. (2010). *Qualidade de vida dos doentes oncológicos submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e informação recebida durante o internamento*. Tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Recuperado em 11 novembro, 2015. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14361/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>

Guillevin, L. (2014). *Le livre de l'interne: Medecine interne*. (2^a ed.) Paris: Lavoisier

Jesus, C. (2014). *Dar luta ao cancro*. Alfragide: Leya

Marques, A.L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I.G., Capelas, M.L., Tavares, M., Sapeta, P. (2009) O Desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 14 (152), 32-38. Recuperado em 17 maio,2014, <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

Martins, J.C.A. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Revista Referência,II(9)*, 41-49. Recuperado em 8 janeiro, 2015, de [file:///C:/Users/user/Downloads/Revista Refer%C3%Aancia R110809.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Revista%20Refer%C3%Aancia%20R110809.pdf)

Matsumoto, D.Y. (2009). *Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios*. In *Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic

Melo, A.C., Valero, F.F., Meneses, M. (2013). A Intervenção psicológica em cuidados paliativos [Versão electrónica] *Psicologia, saúde e doenças*, 14(3) ,452-469. Recuperado em 17 de junho, 2014, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>

Melo, A.G.C e Caponero, R. (2011). O futuro em cuidados paliativos In F.S. Santos. *Directrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu

Ministério da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2010*. Recuperado em 16 maio 2014 de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>

Morais, L.M., Mascarenhas, S. (2010). Escala de orientação para a vida: uma investigação com estudantes da UFAM/Brasil [Versão electrónica], *Revista AMAzónica*, V (2),38-45.

Neto, A.D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida – A importância dos cuidados paliativos. *Nascer e crescer*, Vol/XXII (4) 252-256. Recuperado em 19 de novembro 2015
<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1592/1/v22n4a11.pdf>

Organização Mundial da Saúde. *WHO DEFINITION OF PALLIATIVE CARE*. Recuperado em 23 fevereiro, 2015, de <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fcancer%2Fpalliative%2Fdefinition%2Fen%2F>

Pedro, L., Pais-Ribeiro, J.L. (2012, Julho 25). Relação entre optimismo e autonomia funcional em indivíduos com esclerose múltipla. *Psychology, Community e Health*. Vol 1 (2); pp 172-178. Recuperado em 3 de março 2015
<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1778/1/PCH%202012%201%282%29%20172%E2%80%93178%2c.pdf>

Pedro Reis, L.M. (2010). Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla. Lisboa: Colibri

Pereira, M.S. (2010). Cuidados paliativos: Confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica.

Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2008) *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. (5º ed.) Lisboa: Silabo

Pestsana, M.H; Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica; árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel

Pontinha, C.M.R. (2011) *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde*. Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal. Recuperado em 23 de novembro 2015.

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1672/1/PONTINHA%20Carlos%20Manuel%20Rodrigues%20-%20DM%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20utentes%20cuidados%20sa%C3%BAde.pdf>

Resende, A.L. (2013) *Os limites do possível - A economia além da conjuntura*. Portfólio Penguin

Santos, F.S. (2011) *O Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice* In F.S.Santos .*Directrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu

Talhada, L.C.R.M. (2012), *Qualidade do sono, saúde e estilos de vida – Estudo com a população ativa portuguesa*, Dissertação de Mestrado na Especialidade, Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas, Covilhã, Portugal. Recuperado em 29 de novembro de 2015
<http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2663/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Zenger, M.; Glaesmer, H.; Höckel, M.; Hinz, A. (2011). Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,41(1), 87-94. Recuperado em 14 junho, 2015, <http://jjco.oxfordjournals.org/content/41/1/87.full.pdf+html>

ANEXOS

ANEXO I

“Instrumento de colheita de dados”

Anexo I – Instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UnicISE)

Departamento: Enfermagem

Investigadores Principais: Madalena Cunha/ João Duarte / Carlos Albuquerque / Cláudia Chaves / Graça Aparício/ Suzana André/ António Madureira / Olivério Ribeiro / Isabel Bica / Ana Andrade

Investigador Colaborador: Estudantes do 23ºCLE, 24ºCLE e 4º CMEMC

Ano: 2014

Estudo: *Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar*

(Não preencher este quadrado)
Nº Quest.

Ex.mo(a) Senhor(a),

No âmbito da investigação sobre o *"Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar"*, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário. Este é de carácter anónimo e de participação voluntária. As respostas são confidenciais e todas são válidas pois traduzem a *sua opinião*.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido.

Nas questões de resposta dicotómica classifique com Verdadeiro (V) e Falso (F).

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - DOENTES

I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1 - Idade: _____ anos	2- Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado / União de Facto	<input type="checkbox"/> Divorciado / Separado <input type="checkbox"/> Viúvo
4- Zona de Residência: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	
5 - Distrito: _____	
6- Habilitações Literárias/Académicas:	
<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> 3º Ciclo/ 9º ano <input type="checkbox"/> Curso de Formação de Pós-Graduação
<input type="checkbox"/> Saber Ler e Escrever	<input type="checkbox"/> Secundário / 12º ano <input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> 1º Ciclo / 4ª classe	<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> 2º Ciclo / Ciclo preparatório	
7 - Profissão: _____	
8 - Rendimento familiar mensal corresponde:	
<input type="checkbox"/> Ao ordenado mínimo Nacional	
<input type="checkbox"/> Duas vezes o ordenado mínimo Nacional	
<input type="checkbox"/> Três vezes o ordenado mínimo Nacional	
<input type="checkbox"/> Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional	
<input type="checkbox"/> Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional	
9 - Pratica alguma Religião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

II PARTE - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

- 1 - Instituição: _____
- 1.1 - Motivo de internamento: _____
- 1.2 - Há quanto tempo está internado (em semanas): _____
- 1.3 - Internamentos anteriores: Sim Não
Se Sim, quantos: _____
- 2 - Tem outras doenças associadas? Sim Não
Se Sim, quais: _____
- 3 - Em que ano ocorreu a doença? _____

III PARTE - ESCALAS

Escala de Sonolência de EPWORTH

Qual a sua facilidade de adormecer nas seguintes situações, em contraste com a sensação de estar apenas cansado? Isto refere-se ao seu dia-a-dia recente. Mesmo que não tenha feito qualquer destas coisas recentemente tente, imagine como reagiria. Assinale com uma cruz (X).

Situação	Nunca adormeceria	Probabilidade baixa de adormecer	Probabilidade média de adormecer	Probabilidade elevada de adormecer
Sentado a ler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ver TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado inativo num lugar público (teatro, reuniões, aulas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passageiro num carro durante 1 hora consecutiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitado a descansar à tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a falar com alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado tranquilamente depois de almoço sem bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Num carro, parado nos sinais de trânsito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)

Por favor circule o número que descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento (ou a média nas últimas 24 horas).

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
_____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	_____

EORTC IN-PATSAT32

Por favor, responda a todas as questões colocando um círculo à volta do número que melhor se aplica a si. A informação obtida permanecerá estritamente confidencial. Durante o seu internamento, que classificação atribui aos médicos, relativamente a:

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
1. O conhecimento e experiência da sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O tratamento e acompanhamento médico proporcionados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A atenção que deram aos seus problemas físicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A disponibilidade para escutar todas as suas preocupações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O Interesse que demonstraram por si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O conforto e apoio que lhe deram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A informação que lhe deram sobre a sua doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A informação que lhe deram sobre o seu tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A frequência das suas visitas/consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O tempo que lhe foi dedicado durante as visitas/consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante o seu internamento, que classificação atribui aos enfermeiros, relativamente a:

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
12. A forma como realizaram os seus exames físicos (avaliar temperatura, pulsação...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A forma como trataram de si (dar os medicamentos, dar injeções...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A atenção que deram ao seu conforto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. O Interesse que demonstraram por si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. O conforto e apoio que lhe deram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. As suas qualidades humanas (educação, respeito, sensibilidade, simpatia, paciência...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A informação que lhe deram sobre os seus exames médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A informação que lhe deram sobre os cuidados a ter consigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A informação que lhe deram sobre o seu tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. A prontidão com que responderam à sua chamada (campainha)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. O tempo que lhe dedicaram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
23. Troca de informação entre os profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. A simpatia e a ajuda do pessoal técnico, de receção e de laboratório?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A informação dada na altura da sua admissão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A informação dada na altura da sua alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. O tempo de espera pelos resultados dos exames médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A rapidez de realização de exames e/ou tratamentos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A facilidade de acesso (estacionamento, meios de transportes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. A facilidade de localizar os diferentes serviços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. O ambiente do edifício (limpeza, espaço, tranquilidade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante o seu internamento, que classificação atribui à organização dos serviços e cuidados, relativamente a:
Em geral,

	Fraco	Normal	Bom	Muito Bom	Excelente
32. Como classifica os cuidados recebidos durante o seu internamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optimismo/Pessimismo

TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (LOT-R)					
Scheler et al. 1994; versão portuguesa: Monteiro, Tavares & Pereira, 2005					
<p>Instruções: Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com os seus sentimentos, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder.</p> <p>Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:</p>					
E	D	C	B	A	
Discordo muito	Discordo pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo muito	
1. Em momentos de incertezas, espero sempre o melhor.	E	D	C	B	A
2. Para mim, é fácil relaxar.	E	D	C	B	A
3. Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá.	E	D	C	B	A
4. Sou sempre optimista em relação ao futuro.	E	D	C	B	A
5. Gosto muito dos meus amigos.	E	D	C	B	A
6. É importante para mim manter-me ocupado.	E	D	C	B	A
7. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero.	E	D	C	B	A
8. Não me preocupo muito facilmente.	E	D	C	B	A
9. raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	E	D	C	B	A
10. De um modo geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más.	E	D	C	B	A

ANEXO II

“ Pedidos de autorização”

Anexo II – Pedidos de autorização



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

Exmo. Sr.
 Provedor da

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:
 OF. CIRC. 351 26/03/2014

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE COLHEITA DE DADOS

A Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), coordenada pelo Prof. João Duarte, e os docentes Madalena Cunha, Lúcia Cabral, Carlos Albuquerque, Cláudia Chaves, Graça Aparício, Suzana André, António Madureira, Olivério Ribeiro, Isabel Bica e Ana Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar", no qual irão ser integrados alguns estudantes dos 23º e 24º Cursos de Licenciatura em Enfermagem e do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESSV.

Pretende-se com este estudo produzir conhecimento sobre os cuidados paliativos em Portugal. A população alvo será constituída por profissionais de saúde, doentes crónicos, oncológicos, paliativos e seus familiares.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados na instituição que tutela, tendo por base o Instrumento de Colheita de Dados e o Protocolo de Investigação, que se anexa.

A aplicação do Instrumento de recolha de dados decorrerá entre Março e Maio de 2014.

Agradece-se uma resposta o mais brevemente possível, de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentam-se os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

EBINC

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL.
 Fax. +351 232 426 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Na resposta indicar a entassa referencial. Em cada ofício incluir só de um assunto

EORTC User's Agreement

The EORTC Quality of Life Group grants permission to Ms Diana Albuquerque to employ the EORTC in an academic quality of life study entitled: Satisfaction of patients in palliative care

The Group will supply Ms Diana Albuquerque, with: (1) the in the currently available languages; and (2) the standard algorithms for scoring the . Use of the EORTC in the above-mentioned investigation is subject to the following conditions:

1. Ms Diana Albuquerque confirms that this study is being conducted without direct or indirect sponsorship or support from pharmaceutical, medical appliance or related, for-profit health care industries.

2. Ms Diana Albuquerque may grant the EORTC Quality of Life Group limited access to the trial database. Access will be limited to the following: (a) the EORTC and module data; and (b) additional data will be made available to the EORTC at the sole discretion of Ms Diana Albuquerque as deemed appropriate for the purpose of validation of the .

3. Ms Diana Albuquerque will not modify, abridge, condense, translate, adapt or transform the or the basic scoring algorithms in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the .

4. Ms Diana Albuquerque will not reproduce the or the basic scoring algorithms except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own use and shall in no event distribute copies of the to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. Reproduction of the as part of any publication is strictly prohibited.

5. Analysis and reporting of data by Ms Diana Albuquerque should follow the written guidelines for scoring of the as provided by the EORTC Quality of Life Group.

6. This agreement holds for the above-mentioned study only. Use of the in any additional studies of Ms Diana Albuquerque will require a separate agreement.



Centro de Estudos e
Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 10 de Julho de 2014

Ex.mos Senhores,

Em resposta ao pedido que me formalizaram é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição ESS (Escala de sonolência de Epworth) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretendem realizar. Este instrumento permite medir a propensão para o sono ou sonolência num leque diversificado de situações de vida.

Mais informação sobre as características desta medida poderão encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/ESS>

Desejo-lhes o melhor êxito para o vosso trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico


Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 COIMBRA


Tel. 239 790 507


Instituição	Resposta
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Aguiar da Beira	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Castro Daire	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Mangualde	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Mortágua	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Oliveira de Frades	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Resende	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Santa Comba Dão	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Santar	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Tarouca	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Vouzela	Positiva
Associação de Beneficência Popular de Gouveia	Negativa
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Positiva
Santa Casa da Misericórdia da Guarda	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Fornos de Algodres	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Seia	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Águeda	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Arouca	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva	Negativa
Santa Casa da Misericórdia do Fundão	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de S. João da Madeira	Negativa
Hospital Dr. Francisco Zagalo	Positiva
Santa Casa da Misericórdia da Mealhada	Positiva
Hospital de José Luciano de Castro	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Ílhavo	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Peso da Régua	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Sabrosa	Positiva
Santa Casa da Misericórdia de Vila Real	Negativa
Santa Casa da Misericórdia de Azeitão	Negativa
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	Negativa
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Negativa
Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde da Idanha	Negativa
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.	Negativa
Hospital da Luz	Negativa
Hospital do Mar	Negativa
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	Positiva
Hospital de S. João, EPE	Negativa
Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês	Negativa
Hospital Arcebispo João Crisóstomo	Positiva
Escola Superior de Saúde de Viseu	Positiva
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Positiva
Centro de Ação Social de Acolhimento à Terceira Idade de Roriz	Positiva

Enviada cópia
ao SAR em 2-5-2014
i.N.


CENTRO HOSPITALAR
E SAÚDE PÚBLICA DE VISEU, IP

Ministério da Saúde
Conselho de Administração

 GOVERNO PORTUGAL


Escola Superior de Saúde de Viseu
8-5-2014
01.06.05 nº 1303

Exmo Senhor
Prof. Doutor Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de
Almeida, n.º.102
3500-843 Viseu


Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
351			24-04-2014

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^a Ex^a que, em reunião de Conselho de Administração de 23 de abril de 2014, foi **autorizada**, face ao parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, a recolha de dados no âmbito do estudo subordinado ao tema "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar."

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração


(Carlos Fernando Ermida Rebelo, Dr.)

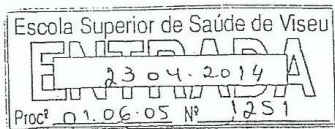
ARQUIVAR
2-5-2014

PCA/AB

Avenida R. D. Duarte 3504 509 VISEU E-mail: sec.presidente@hstvis.eu.min-saude.pt Telef. 232 420 508 Fax 232 420 591



HOSPITAL
MISERICÓRDIA DA MEALHADA



CUIDADOS CONTINUADOS
Saúde e Apoio Social

Exmo. Senhor:

Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
OF. CIRC.351	31/03/2014	HMM043/2014	21/04/2014

ASSUNTO: Resposta a pedido de autorização para a realização de colheita de dados

Na sequência do pedido dirigido por V. Exas., com vista à realização da colheita de dados tendo por base o Instrumento de Colheita de Dados e o Protocolo de Investigação definidos, vimos pelo presente autorizar o referido pedido, que deverá decorrer até Maio 2014.

Com os melhores cumprimentos,

A Direção Técnica da UCCI

(Dra. Sofia Gusado)

Nuno Campos

De: Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV <essvgeral@essv.ipv.pt>
Enviado: quarta-feira, 9 de Abril de 2014 12:24
Para: ncampos@essv.ipv.pt
Assunto: FW: Autorização para a realização de colheita de dados

Doutor Nuno,
Por favor, dar seguimento.
Obrigada.
Uli

De: Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Fornos de Algodres Santa Casa [mailto:iscmfafa@gmail.com]
Enviada: quarta-feira, 9 de Abril de 2014 11:30
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Assunto: Autorização para a realização de colheita de dados

Exmo. Senhor Presidente da ESSV,

A fim de dar resposta ao V/ OF. CIRC. 351 de 26-03-2014 levo ao conhecimento de V.Ex^a que autorizo a realização da colheita de dados solicitados pela OF. Circular supra referenciado.

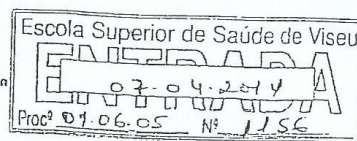
Com os melhores Cumprimentos,

O Provedor,

Prof. Agostinho Gomes Amaral Freitas

Rua Dr Fernando Menano s/n
6370 - 123 Fornos de Algodres
Telefone: 271 700 190 / Fax: 271 140 900*

Edição nº1 de 23/02/2012



Para:
Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu
Ao C/ do Sr. Professor Doutor Carlos Pereira
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº102
3500-843 VISEU

Of. CIRC.351 DE 26/03/2014 57/2014 01/04/2014
Vi referência Vi comunicação N/ referência Régua.

ASSUNTO: Pedido de Autorização para a realização de colheita de dados

Acusamos recebido o ofício em epígrafe, do Senhor Professor Doutor Carlos Pereira que nos mereceu a melhor atenção.

Respondendo concordamos com a realização de colheita de dados aguardando efetuar as demarches que nos forem solicitadas.

O Provedor,

Manuel José da Silva Mesquita

Rua José Vasques Osório
Apartado 110
Tel 254 313 694 Fax 254 321 459
geral@scmpr.pt

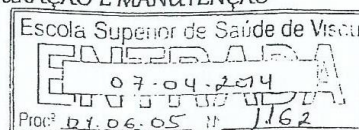
5050-280 PESO DA RÉGUA

R.01.11

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO



UNIDADE CONTINUADE



À
Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisóstomo Gomes Almeida, nº102

3500 – 843 VISEU

Sua referência
26/03/2014

Sua Comunicação
Of.Circ.351

Nossa Referência
9 UCC

Vouzela, 3 de março de 2014

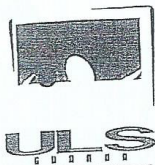
Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados

Informo V. Ex^a, de que está autorizada a realização de colheita de dados na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção, desta Instituição..

Com os melhores cumprimentos.

O Provedor

(Eugénio Lopes da Silva Lobo)



Comissão de Ética para a Saúde

Autorizado.
Informar interessados.
Dr. Vasco Teixeira Lino
5/5/14
Presidente do Conselho de Administração
U.L.S. da Guarda, E.P.E.

Exmº. Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data: 28-04-2014

Prof.ª Maria Júlia Amaral
Presidente; Médica; Prof. FML
Dra. Maria Capelo
Vice-Presidente; Psicóloga
Clínica
Dr. Padre António Luciano
Pedólogo
Dr. José Lavrador Gama
Médico; Diretor de Serviço
Dra. Maria Carmo Teixeira
Farmacêutica Assessora
Dra. Maria Eugénia Pereira
Médica; Assistente Graduada
Enf.ª Maria Lurdes Vaz
Enfermeira Especialista

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de colheita de dados para estudo subordinado ao tema: "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar"

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Guarda, E.P.E., reunida em 28 de Abril de 2014, analisou o pedido supra mencionado e nada tem a opor à sua concretização. Esta CES, manifesta também a sua concordância relativamente ao parecer emitido pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Com os melhores cumprimentos,

PA Comissão de Ética para a Saúde



Nuno Campos

De: Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV <essvgeral@essv.ipv.pt>
Enviado: segunda-feira, 2 de Junho de 2014 09:48
Para: ncampos@essv.ipv.pt
Assunto: FW: Pedido de autorização de colheita de dados
Anexos: img-530155825.pdf

Doutor Nuno,
Já foi dado conhecimento aos alunos.
Cumprir os que diz respeito a futuros contatos.
Obrigada.
Uli

De: SCMA Gestao [<mailto:gestao@scmarouca.com>]
Enviada: sexta-feira, 30 de Maio de 2014 16:53
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Cc: medico.ucc@scmarouca.com; enfermagem.ucc@scmarouca.com; 'Assistente Social CD Urro'; 'Assistente Social SCMA'; 'Secretaria scma - Ana Cruz'
Assunto: Pedido de autorização de colheita de dados

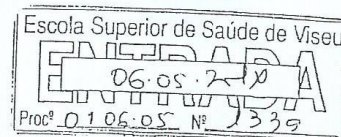
Exmos. Srs.
Em resposta ao v/ ofício ESSI 0513, de 23/05/2014, vimos por este meio autorizar a recolha de dados na nossa Unidade de Cuidados Continuados.
Agradeço que futuros contactos, com a nossa UCC, se façam através do nosso colaborador – Enf.º Rúben Assunção.
Com os melhores cumprimentos

Manuela Gonçalves

Santa Casa da Misericórdia de Arouca
Rua Dr. António Pimentel, 4 4540 132 Arouca
Tel. 256940500/Fax 256940509



ULSLA - 02-05-14 2375



Ofício

Exm. Senhor
 Presidente da ESSV
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Escola Superior de Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida
 n.º 102
3500 -843 Viseu

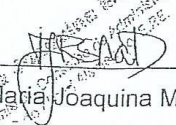
SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA
OF. CIRC. 351 DE 26-03-2014	SANTIAGO DO CACÉM, 02-04-2014	PROC. N.º
ASSUNTO: Autorização para realização de colheita de dados.		OFÍCIO N.º 26-CF

NA RESPOSTA INDICAR A "NOSSA REFERÊNCIA" - EM CADA OFÍCIO, TRATAR-SE DE UM ASSUNTO

De acordo com o solicitado por V. Exas., serve o presente para informar que por deliberação do Conselho de Administração de 29/04/2014, foi autorizada, sem encargos adicionais para a ULSLA E.P.E., a aplicação do instrumento de recolha de dados, como solicitado, na Unidade de Cuidados Paliativos.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente do Conselho de Administração


 Dr.ª Maria Joaquina Matos

C/A/DC

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano - Tel. 269 818 100 – Fax. 269 818 156

7540-230 SANTIAGO DO CACÉM

Mod. 9

Nuno Campos

De: Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV <essvgeral@essv.ipv.pt>
Enviado: terça-feira, 1 de Abril de 2014 15:28
Para: ncampos@essv.ipv.pt
Assunto: FW: Autorização para realização de colheita de dados

De: Misericórdia O. Frades - Base [<mailto:misof@mail.telepac.pt>]
Enviada: terça-feira, 1 de Abril de 2014 14:31
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Assunto: Autorização para realização de colheita de dados

Exmos Senhores,

Relativamente ao assunto em epigrafe somos a informar que a Misericórdia Nossa Senhora dos Milagres, na pessoa do seu Provedor, Serafim de Oliveira Soares autoriza a realização desta colheita de dados na Unidade de Cuidados Continuados.

Susana Marques
Escriturária
UCCI Misericórdia N.º Sr.ª Milagres Oliveira de Frades
232763134/961318695

Realização de colheita de dados

Remetente Casatir Instituição
Para essvgera@essv.ipv.pt , madac@iol.pt
Data Qui 14:41

Mensagem 2 de 82 < >

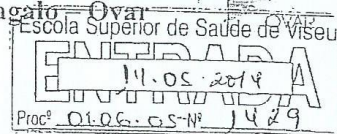
O Centro de Acção Social de Acolhimento à Terceira Idade de Roriz-Casatir- vem por este meio informar a autorização para a realização de colheita de dados no estudo ao tema "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar".

Cumprimentos,

Diana Portas
CASATIR



Ministério da Saúde
Administração Regional de Saúde do Centro
H.F.Z. – Hospital Dr. Francisco Zagalo Ovar



Exmo. Senhores
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo de Almeida, 102
3500-843 VISEU

Sua Referência

Data

Nossa Referência

999344

Data

09 MAIO 2014

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados

Em resposta ao vosso ofício circular 351 26/03/2014 vimos pelo presente informar que o Conselho de Administração, na sua reunião do passado dia 2 do corrente mês, e prévio parecer da Comissão de Ética, deliberou autorizar o vosso pedido de colheita de dados.

Para efeitos de coordenação deverão contatar a Exma. Enfermeira Diretora Lúcia Monteiro.

Com os nossos melhores cumprimentos.

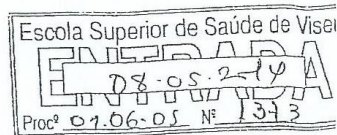
O Presidente do Conselho de Administração

Dr. Luís Vaz

DR. LUÍS VAZ

PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

LV/mjd



Ex^{ma}(a). Senhor(a)
 Prof. Dr. Carlos Pereira
 Presidente da Escola Superior
 de Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo de Almeida, nº 102
 3500-843 VISEU

Sua referência Sua comunicação de Nossa referência

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de colheita de dados para estudo subordinado ao tema: "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da CES, nada temos a opor ao desenvolvimento do projecto e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos.

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários

(Dr. Luis Gil Barreiros)

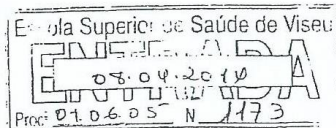
LGB/IM





Santa Casa da Misericórdia de Sabrosa

Ex.mo Sr.:
 Presidente da ESSV
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
 3500-843 Viseu



N/Ref.ª n.º 36/SCMS/2014 ----- 2014/04/04

Assunto: Pedido de autorização para realização de colheita de dados

Em resposta ao Of.Circ. 351 26/03/2014, informo V.Ex.ª, que esta Mesa Administrativa em sua reunião realizada em 2 do corrente mês, deliberou autorizar na nossa UMDR a colheita de dados em causa.

Para um melhor eventual desenvolvimento do processo, poderão V.Ex.ªs, contactar directamente a Direcção Técnica da Unidade e através do mail: direcao.tecnica_umdr@scmsabrosa.pt - Dr. Eduardo Fernandes.

Com os melhores cumprimentos

O Provedor
 SANTA CASA

 Elói Teixeira Gomes
 MISERICÓRDIA DE SABROSA

Av. General Alves Pedrosa, n.º 1 5060-303 Sabrosa Telef. 259 937 300 Fax. 259 937 309
 Contrib. 502 241 187 s.c.m.sabrosa@portugalmail.pt ou secretariado.geral@scmsabrosa.pt

ANEXO III

“Consentimento informado”

Anexo III – Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

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

Caro(a) Senhor(a),

A Escola Superior de Saúde de Viseu, está interessada em efectuar um estudo sobre os Cuidados Paliativos em Portugal com enfoque nos Profissionais de Saúde, Doente Paliativo e seus familiares, intitulado "Investigar em Cuidados Paliativos: Contributo para Melhor Cuidar", cujos objectivos principais são: efectuar a caracterização sociodemográfica dos participantes (Profissionais de Saúde, Doentes e Familiares/Cuidadores) e produzir conhecimento sobre os cuidados paliativos em Portugal.

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 questionário.

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

- Declaro ter compreendido os objectivos, 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 directamente 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), ___/___/2014.

Nome _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:
Nome do Coordenador do Projeto de Investigação: Professora Doutora Madalena Cunha
Assinatura: _____

ANEXO IV

“Parecer da Comissão de Ética”

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética



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

PARECER
 Nº 12/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "INVESTIGAR EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUTO PARA MELHOR CUIDAR"

Um grupo de docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu tendo solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito da Monografia do Curso de Licenciatura em Enfermagem e do Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, incluindo como participantes os profissionais de saúde, os doentes internados ou em ambulatório em unidades de cuidados paliativos e seus familiares, e ainda que seja considerada a autorização dos Exs. Srs. Presidentes/coordenadores das instituições onde se pretende realizar este estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para conhecer algumas variáveis relacionadas com a experiência dos profissionais de saúde e vivências do doente e seus familiares com o processo de doença e cuidados de saúde em unidades de cuidados paliativos, revertendo-se em benefícios por contribuir para reflectir e adequar estratégias de melhoria das práticas e filosofia de cuidados de enfermagem a este tipo de doentes; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado às instituições;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, aos doentes e seus familiares e, que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado por escrito e assegurada a sua participação voluntária;
- Considerando que nos questionários não há identificação nominal e que será aposto um código para garantia da anonimização; recomendamos que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelos investigadores principais e a sua destruição após a discussão do trabalho; recomendamos também o cumprimento do segredo profissional por parte dos investigadores na administração dos questionários e na sua codificação;
- Considerando que o tema é sensível recomendamos que a recolha de informação ocorra num ambiente privado e se preserve o respeito pelos sentimentos e dignidade inerentes à pessoa/familiar que vivencia as etapas de uma doença que não vai melhorar.

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 19 de março de 2014

Esmeralda M. V. Baloca Filipe

A presidente da CE da ESSV

*Pro recusante
 20/03/2014
 [assinatura]*