

Micaela Garcia Domingues

A Esperança do Doente em Contexto de Cuidados Continuados

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - 4ª edição



Julho de 2016

Micaela Garcia Domingues

A Esperança do Doente em Contexto de Cuidados
Continuados

Relatório Final

4º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins

Julho de 2016

O que é uma pessoa sem esperança? É alguém sem sonhos, sem ideais, sem futuro... É alguém sem otimismo, que não sente vontade de lutar. Quando não há esperança, o desespero ocupa seu lugar. O pensamento derrotista se apodera da pessoa e sobrevém o fracasso.

Luelson Fienes

Agradecimento

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta dissertação fosse realizada. Não sendo viável nomeá-los a todos, há no entanto alguns a quem não posso deixar de manifestar o meu apreço e agradecimento sincero.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins pela referência que se tornou desde a primeira aula assistida, pelo apoio, pela disponibilidade manifestada e a confiança depositada que contribuíram decisivamente para que este trabalho tenha chegado a bom termo.

À Direcção da Santa Casa da Misericórdia de Seia, pelo apoio e toda a disponibilidade de articulação de horários, sensibilidade e esforço na satisfação e compreensão das minhas necessidades assim como dos meus períodos de ausência.

Aos meus pais, sogros e restante família, por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor, quero partilhar convosco a alegria de os conseguir vencer continuamente!

Ao meu querido marido, Diogo, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança e pela valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho, dando-me, desta forma, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia lhe subtraía e por todos os momentos difíceis que superamos. Uma palavra de reconhecimento muito especial para eles, pelo amor incondicional e pela forma como ao longo de todos estes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

Por último, mas não menos importante um agradecimento ao meu anjo da Guarda Leonor pela protecção e força por ela transmitidas.

Muito Obrigada a Todos

Resumo

Enquadramento: Actualmente existe um elevado número de pessoas em situação de dependência, com algum tipo de incapacidade funcional ou em risco de perda de funcionalidade, que necessitam ingressar na Rede Nacional de Cuidados Continuados com o intuito de se promover uma melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

Aceitando a vulnerabilidade da pessoa humana, a doença revela-se como um período de fragilidade circunstancial às condições decorrentes da sua existência. O utente/família deparam-se com a desmoralização, a ameaça, o desamparo e a perda de sentido, podendo levar o mesmo a uma profunda tristeza, desespero e sofrimento. Neste sentido e tendo em conta que a esperança influencia o bem-estar e uma vez que se encontra ligada à existência, tanto física como emocional e espiritual é fundamental percebermos até que ponto a esperança pode ajudar a pessoa a lidar com o futuro.

Objetivos: Avaliar níveis de esperança nos Doentes internados em Cuidados Continuados, e identificar determinantes socio-demográficos, clínicas e psicossociais correlacionadas com essa esperança.

Métodos: O estudo foi realizado, na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Seia, nas unidades de internamento de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção. O questionário foi aplicado a 46 doentes, com idades compreendidas entre os 46 e os 92 anos de idade (\bar{x} =74.39 anos). Trata-se de um estudo não experimental, quantitativo, do tipo transversal, descritivo e correlacional. O instrumento de recolha de dados integrou um Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, a escala da Esperança (Herth *Hope Index*), uma escala para a avaliação da Qualidade de Vida – Functional Assessment of Cancer Therapy – General e o Questionário de Sono de Oviedo.

Resultados: Os dados mostram que 45,7% dos participantes apresenta esperança reduzida, 39,1% esperança elevada e 15,2% esperança moderada. Constatámos ainda que apenas o “bem-estar funcional” da escala da QDV e os “fenómenos adversos” da escala do sono se correlacionam significativamente ($p=0,000$; $p=0,035$) com a esperança explicando respetivamente 55,2% e 31,1% da variância explicada. Já o género, idade, estado civil, situação profissional, escolaridade, rendimento mensal, tipologia e número de internamentos, mostraram não estar relacionados com a esperança dos nossos doentes.

Conclusão: A esperança é uma crença ou virtude inerente ao Homem, que pode assumir níveis diferenciados, que acompanha o ser humano no seu processo de viver e de morrer condicionando ajustes nos momentos de crise, afectando e/ou sendo afetada pelo bem-estar e a qualidade de vida.

Palavras-chave: Cuidados Continuados, Esperança, Qualidade de Vida, Doentes, Sono

ABSTRAC

Context: Today there is a large number of people with functional incapacities or in risk of losing total functionality, thus dependent of others. These people need to be assisted by the National continuous health-care network to ensure better care, improvement in their quality of life, living conditions and general wellness through continuous health-care and social support.

Once acknowledged one's vulnerabilities, the disease leads to a serious period of circumstantial fragility and weakness inherent to one's existence. The patient and his family find themselves confronted with demoralization, the threat of the disease, the lack of support , the loss of overall sense and meaning of Life which in all may lead the patient to deep sadness, despair and suffering.

Having these issues into perspective and considering that Hope has a significant influence to the well-being and is linked to the existence both on the emotional and spiritual level, it is crucial to comprehend to what extent Hope can help the person to address the future.

Aims: Assess the levels of Hope in patients receiving continuous health-care. It is our intention to assess patients' levels of hope as well to identify socio-demographic, clinical and psycho-social determiners associated to hope.

Methodology: The study was conducted at the Continuous health-care Unit at Santa Casa da Misericórdia of Seia, in the mid-duration and rehabilitation wards and the long term maintenance wards. Forty-six patients, ranging from the ages of 46 to 92 (=74.39 years), were surveyed. The study was non-experimental, quantifiable, transversal, descriptive and correlational.

The data collection tools used were a questionnaire to determine socio-demographic and clinical status, the Herth Hope Index, the Functional Assessment of cancer Therapy, General and the Oviedo Sleep questionnaire.

Results: 45,7% of the participants showed reduced levels of hope, 39,1% elevated hope and 15,2% moderate hope. We also observed that 'Functional wellness' measured in the scale of QVD and adverse phenomena of the Sleep Scale correlate significantly ($p=0,000$; $p=0,035$) with Hope explaining respectively 55,2% and 31,1% of variance.

One's gender, age, marital status, professional situation, academic level, monthly income, typology and number of previous hospital admissions do not influence the patients' levels of hope.

Conclusion: Hope is a belief or a virtue inherent to Man that may assume differentiated levels that follow the Human Being throughout his life time and at death. It can condition how he adjusts to life during crisis, affecting or being affected by his wellness and quality of life.

Key words: Continuous Health-care, Hope, Quality of Life, Patients, Sleep

SUMÁRIO

Lista de tabelas.....	xv
Lista de Esquemas	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xix
Lista de símbolos.....	xxi
Introdução.....	23
1ª PARTE- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
1. Enquadramento da Fundamentação.....	29
1.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados	29
1.2 Esperança.....	32
1.3 Qualidade de Vida.....	36
1.4 Sono	39
2ª PARTE- ESTUDO EMPÍRICO.....	43
2. Metodologia	45
2.1 Questão e objectivos de investigação	45
2.2 População e Amostra	47
2.3 Variáveis	47
2.4 Hipóteses	49
2.5 Instrumento de colheita de dados	50
2.6 Procedimentos ético-legais	54
3. Resultados	57
3.1 Tratamento Estatístico	87

4. Discussão de Resultados.....	91
5. Conclusão	97
Referências Bibliográficas	99
ANEXO I - Instrumento de Recolha de Dados.....	107
ANEXO II - Autorizações.....	115
ANEXO III - Consentimento Informado.....	119
ANEXO IV - Parecer da Comissão de Ética	123

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes</i>	58
<i>Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra</i>	59
<i>Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra (cont.)</i>	61
<i>Tabela 4 - Caracterização Clínica dos Participantes</i>	63
<i>Tabela 5 - Caracterização Clínica dos Participantes</i>	64
<i>Tabela 6 - Opiniões dos Participantes sobre os ítems da escala da esperança</i>	65
<i>Tabela 7 - Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género</i>	66
<i>Tabela 8 - Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género</i>	67
<i>Tabela 9 - Respostas dos Participantes aos ítems da escala da qualidade de vida</i>	69
<i>Tabela 10 - Estatísticas descritivas das dimensões da QDV dos Participantes</i>	71
<i>Tabela 11 - Satisfação dos Participantes com o seu sono</i>	72
<i>Tabela 12 - Dificuldades dos Participantes em conciliar o sono</i>	73
<i>Tabela 13 - Causas do despertar do sono dos Participantes</i>	73
<i>Tabela 14 - Características diversas do sono dos Participantes</i>	75
<i>Tabela 15 - Estatísticas descritivas das dimensões do Sono</i>	77
<i>Tabela 16 - Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género</i>	77
<i>Tabela 17 - Teste U de Mann-Whitney entre o género e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	79
<i>Tabela 18 - Teste Kruskal-Wallis entre idade e a esperança dos Doentes em cuidados Continuados</i>	79
<i>Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre zona de residência e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	80
<i>Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	81
<i>Tabela 21 - Teste Kruskal-Wallis entre a escolaridade e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	81
<i>Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	82
<i>Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre valência de internamento e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	83

Tabela 24- <i>Teste U de Mann-Whitney entre internamentos anteriores e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	83
Tabela 25 - <i>Regressão múltipla entre a qualidade de vida e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	85
Tabela 26 - <i>Regressão múltipla entre as dimensões do sono e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados</i>	86

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 – Representação esquemática da relação prevista entre variáveis. 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI – Cuidados Continuados Integrados

cf.- Conforme

DL – Decreto de Lei

EWB/BEE- *Emotional Well-Being*/Bem-estar Emocional

FACT-G- Functional Assessment of Cancer Therapy- General

FWB/BEF- *Functional Well-Being*/ Bem-estar Funcional

HHI- Herth Hop Index

HHI-PT- Herth Hop Index- Validado para Portugal HTA- Hipertensão Arterial

mn- minutos

NREM- Non Rapid Eye Movements

OE – Ordem Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PWB/BEFI- *Physical Well-Being*/Bem-estar Físico

QDV – Qualidade de Vida

QSO- Questionário de Sono de Oviedo

REM- Rapid Eye Movements

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCMS – Santa Casa da Misericórdia de Seia

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SWB/BESF- *Social/Family Well-Being*/Bem-estar Social/Familiar

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

vs- Versus

WHO- World Health Organization

\bar{x} - Média

LISTA DE SÍMBOLOS

%-Percentual &- E

\leq - Menor ou igual

\geq - Maior ou igual

p- Nível de significância Dp-

Desvio padrão

α - Alfa de Cronbach

\pm - Aproximadamente

SK/erro- Skweness/Standart Error

K/erro- Kurtosis/Standart Error

n- Número M-

Mediana

Introdução

O século XX é um século caracterizado pelo aumento de níveis da esperança de vida e do declínio da natalidade, constituindo-se como um marco histórico para a sociedade, que passou a lidar diariamente com a problemática do envelhecimento demográfico. Sabemos que este envelhecimento potencia mudanças e desafios para a sociedade em todos os aspectos, sejam sociais, políticos, económicos, culturais e também ao nível da saúde. Este último talvez consista no mais enfatizado e preocupante entre idosos, já que a maioria deles apresenta pelo menos uma doença e algumas limitações funcionais (Comissão Europeia, 2010).

De modo a colmatar este envelhecimento os sistemas de saúde têm de se adaptar para que seja assegurado uma prestação de cuidados adequados sem esquecer a sua estabilidade financeira.

Numa sociedade com uma política de cuidados de saúde essencialmente hospitalar, não se verificavam recursos suficientes na comunidade para fazer face às necessidades da população, neste sentido e de modo a ultrapassarmos essa lacuna foi criada em Portugal, no ano de 2006 a Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), colocando desta forma o país ao mesmo nível dos parceiros europeus, no que diz respeito a políticas de bem-estar promovidas pelo Estado (Guia da Rede para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Esta rede visa a prestação de cuidados numa óptica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, com necessidade de cuidados de saúde e de apoio social.

Há momentos na vida em que nos sentimos frágeis, sem forças e com pouca alegria para viver. É difícil termos motivação se a saúde não é aquilo que esperamos e as dificuldades nos atormentam, (Lopes, 2009). A esperança afeta o binómio saúde/doença de forma positiva e ajuda a pessoa a lidar com as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. A evidência científica tem demonstrado o seu efeito terapêutico, defendendo que esperanças realistas ajudam a pessoa aceitar e a viver da melhor forma possível com a situação de doença, (Pinto *et al*, 2012).

A esperança demonstrada pelo doente internado é fundamental no seu processo de recuperação, sendo assim reveste-se de primordial importância que a equipa que cuidadora, em especial a equipa de enfermagem tenha conhecimento das expectativas e dos níveis de esperança dos doentes, uma vez que só tendo conhecimento da realidade é que podemos atuar e munir-nos com estratégias apropriadas. O respeito pelos valores, costumes, religiões e todas as demais atitudes previstas no código deontológico (OE, 2009), são fundamentais para que o enfermeiro auxilie e capacite o doente para que este participe ao máximo, dentro das suas limitações no seu processo de reabilitação, de modo a que se sinta útil e capaz, alimentando assim a sua força de vontade e esperança.

Com este estudo procuro contribuir, para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, aspirando a excelência nos cuidados. Neste sentido, e de acordo com os Padrões de Qualidade (2015), emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro presta cuidados com vista à satisfação dos doentes e em conjunto com estes desenvolve estratégias eficazes de adaptação aos seus problemas de saúde. Só após conhecer o que sente e quais os receios e dificuldades do doente é que conseguimos preparar e capacitar o mesmo para que consiga adaptar ao exercício do seu novo e complexo papel e às suas limitações.

Nas últimas duas décadas foram várias as mudanças na formação e na pesquisa em Enfermagem, tendo as mesmas ocorrido com o intuito de melhorar a base de conhecimentos subjacente à prática da mesma. Numa profissão como esta os resultados da investigação devem ser direccionados para uma melhoria e aperfeiçoamento da prática, procurando sempre a excelência na prestação de cuidados.

Para uma melhor compreensão e para facilitar a consulta do trabalho, este trabalho foi dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fundamentação teórica do tema em investigação através da identificação das temáticas mais relevantes. Deste modo, neste capítulo, falar-se-á da rede nacional de cuidados continuados; objectivos, tipos de resposta da mesma, de seguida abordar-se-á a esperança e a sua relação com a qualidade de vida, o último ponto a incidir relacionar-se-á com sono.

O segundo, e último capítulo, será constituído pelo estudo empírico onde será abordada toda a metodologia, onde se desenha o problema de investigação, identificando o objecto de estudo, os objectivos e a finalidade do mesmo. Ainda neste capítulo será identificado o desenho da investigação, tal como a amostra, e o método de recolha de dados mais conveniente, para além da referência ao método de análise dos dados e às considerações éticas. Este último capítulo, compreende ainda, a fase de apresentação dos resultados e a interpretação e discussão dos mesmos.

Nas considerações finais serão destacadas as principais conclusões do estudo, apresentadas as dificuldades encontradas e expressas algumas sugestões para trabalhos futuros.

1ª PARTE- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Enquadramento da Fundamentação

De acordo com as características do nosso estudo, e tendo o mesmo como alicerce a pergunta de partida, “A Esperança do Doente Internado em Contexto de Cuidados Continuados”, torna-se fulcral delimitar alguns conceitos que estão intimamente ligados à mesma, e que são muito importantes para a sua compreensão, nomeadamente: RNCCI, Esperança, Qualidade de Vida e Sono.

1.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, o aumento crescente da esperança de vida e o conseqüente aumento do envelhecimento da população, para além da prevalência continuada de patologias crónicas, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, assim como alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos a ampliar-se quotidianamente, fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde. (Bárrios & Fernandes, 2014).

Em 2006, e como resposta a estas novas necessidades, foi criada pelo Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho, a RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (Instituto da Segurança Social, 2015). Esta Rede tem como principal objectivo a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram com incapacidade funcional permanente ou temporária. (Decreto-Lei n.º 136/2015)

A RNCCI, além de oferecer a oportunidade de cobrir um espaço até hoje vazio no país, no âmbito social e da expressão da solidariedade pública, prevê colocar o país ao mesmo nível dos seus vizinhos europeus, no âmbito do desenvolvimento das políticas de Bem-estar do Estado. O seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados bem como critérios de exclusão.

Segundo Cruz (2015), os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são responsáveis por gerir os casos dos doentes, identificando os problemas mais complexos e tendo como objetivo primordial ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia, melhorando assim a sua qualidade de vida. (Instituto da Segurança Social, 2014). Neste sentido, existe

uma enorme preocupação na prestação individualizada e humanizada de cuidados, assim como, equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede.

Os utentes que permanecem nas UCCI são geralmente pessoas que apresentam dependência funcional por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, que não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária, necessitando de um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social que promova a sua recuperação global, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (Decreto de Lei, 2015).

De modo a assegurar a continuidade e a adequação das intervenções ao nível da saúde e do apoio social a RNCCI criou unidades de internamento e de ambulatório, bem como de equipas hospitalares e domiciliárias. Qualquer pessoa pode aceder às tipologias de respostas da RNCCI, desde que integrem os critérios necessários, através de duas proveniências: da comunidade (domicílio, lar, hospital privado ou outro local de residência) ou vindos de um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS). (Instituto da Segurança Social, 2014).

Em 2014, e de acordo com Ministério da Saúde (2014) existiam apenas 6642 lugares de internamento nas UCCI, distribuídas pelas 5 regiões de saúde, verificando-se que Região Norte é a que concentra o maior número de lugares e o Algarve a que tem o menor número. Segundo ainda a mesma fonte (2014), e tendo em conta as listas de espera para o internamento nas UCCI seriam necessárias mais 7.205 camas distribuídas pelas diferentes tipologias, pois só assim se conseguirá colmatar as necessidades existentes.

A RNCCI dispõe de quatro tipos de respostas em que duas estão direccionadas para o ambulatório e as outras duas para o internamento. Tendo em conta este trabalho optamos por destacar apenas as unidades de internamento. A nível de unidades de internamento fruímos de Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidade de Cuidados Paliativos.

A Unidade de Cuidados Continuados de Santa Casa da Misericórdia de Seia (SCMS), onde decorreu o nosso estudo, surgiu a 17 de Janeiro de 2011 como uma resposta aos desafios actuais do aumento das doenças crónicas e progressivas, assim como ao aumento da esperança de vida. As suas instalações foram criadas de raiz, com espaços amplos e bem iluminados. Esta unidade integra duas tipologias, nomeadamente a UMDR

com 30 camas e a ULDM com 12 camas, que desde o início pretendeu ser uma unidade de referência nesta área de intervenção. Face ao exposto o presente estudo incidirá a sua atenção exclusivamente nestas valências.

A **UMDR** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio para a prestação de cuidados clínicos de reabilitação (funcional, cognitiva e cutânea) e apoio psicossocial a pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la, que necessitam de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio. Existe para responder a situações clínicas decorrentes da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, (RNCCI, 2006 – DL 2015). Esta valência tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontra nesta unidade.

Os doentes internados nessa tipologia, tal como referido anteriormente, são essencialmente oriundos do meio hospitalar e de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social, ou ainda, do domicílio. (Cruz, 2015). Está definido para este tipo de resposta um internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão. Podem, ainda, existir UMDR, com características próprias, destinadas a grupos específicos de doentes.

A **ULDM** é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições ou não devam ser cuidadas no domicílio ou estabelecimento onde residem. Tem como finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. (Cruz, 2015).

Os doentes são oriundos de outras respostas da rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio.

Como já foi acima referido a RNCCI não oferece uma resposta apenas para as pessoas doentes mas também preocupa-se em cuidar de quem cuida, ou seja a ULDM abarca ainda o descanso do cuidador.

Este cuidador ao assumir e exercer a prestação de cuidados, à pessoa em situação de dependência fica vulnerável pela diversidade e complexidade de cuidados que tem de assumir e pelo impacto que esta situação pode desencadear nos seus próprios processos de vida, podendo comprometer o seu bem-estar, levando por vezes à exaustão. Neste

sentido e de modo a colmatar esse cansaço, o cuidador recorrendo ao seu médico de família pode solicitar o internamento da pessoa que cuida por um período máximo de 90 dias por ano. Estes dias podem ser usufruídos de forma ininterrupta ou por diferentes períodos. (RNCCI, 2009).

Para além dos objectivos supramencionados referentes a cada tipologia, os CCI visam ainda a redução do número de altas hospitalares tardias, a diminuição do reinternamento hospitalar e a identificação e planeamento das necessidades de cuidados do cidadão, pelo que primam pela preparação da alta e da capacitação quer da pessoa com incapacidade funcional, quer do seu cuidador informal.

Tendo em conta os seus objectivos e filosofias, as unidades de cuidados continuados, são privilegiadas pela proximidade que devem estabelecer entre a pessoa com incapacidade funcional e o seu cuidador informal, ou seja, durante a permanência dos doentes nestas unidades, estão preconizadas reuniões familiares com a finalidade de preparar a alta e assegurar que os cuidados adequados serão mantidos, bem como para a validação das expectativas do doente e cuidador e quais as respostas sociais, adequadas à sua situação, que estes podem usufruir. É certo que toda esta preparação, que infelizmente não acontece aquando de um internamento num hospital, contribui para uma boa reintegração e readaptação quer da pessoa com incapacidade funcional quer do cuidador informal que vai adotar um novo papel. Assim sendo a RNCCI veio criar um elo de ligação e uma estrutura de retaguarda entre os hospitais de agudos e a envolvente familiar, possibilitando ao doente a possibilidade de continuar a receber cuidados de saúde com vista à recuperação e à posterior inclusão social e familiar, com melhores níveis da funcionalidade e qualidade de vida, protegendo-o bem como à sua família das situações problemáticas a que se encontram expostos.

1.2 Esperança

A Esperança, do Latim *sperantia*, é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja, uma expectativa. Trata-se de um conceito de carácter universal, inerente ao ser humano, sujeito às suas vivências, sendo de natureza individual, multidimensional e dinâmico, orientado para o futuro. Pode também ser descrita como um poder ou força que impulsiona a pessoa a transcender-se da situação actual. De acordo com Barbosa (2010) a esperança incorpora várias dimensões, nomeadamente a afectiva, contextual, temporal, cognitiva, comportamental e relacional.

O termo esperança e tendo em conta a definição aparentemente simplista do dicionário, não se coaduna com a complexidade do conceito, se entendido não apenas

como um sentimento individualizado e subjectivo, mas como um componente multidimensional e essencial da prática clínica. (Querido, 2005).

De facto a esperança (hope), segundo Martins e Mestre (2014) é uma variável psicológica que tem, recentemente, sido objeto de crescente interesse, embora a sua conceptualização se encontre inacabada e esteja longe de originar consensos. A esperança para as mesmas autoras (2014) é um constructo que está relacionado com crenças, em que as pessoas acreditam em resultados positivos e na capacidade de o indivíduo desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados.

Na mesma perspectiva, também Parker-Oliver (2002) concebe a esperança assente no sentido da vida. Este define a esperança como uma expectativa positiva de sentido, ligado aos acontecimentos da vida, enquanto existir sentido para os acontecimentos da vida, existe esperança. Sendo assim podemos dizer que a chave para a esperança é sedimentada no sentido e significado dos acontecimentos da vida, e não apenas nos simples acontecimentos.

Actualmente as pessoas com doenças incuráveis e de evolução prolongada são cada vez mais uma realidade nos serviços de internamento dos nossos hospitais assim como nas UCCI sendo uma constante onde está grandemente impregnada a desesperança, a perda de bem-estar e o sofrimento, levando a pessoa a questionar-se sobre o sentido da vida. Na sua maioria a esperança está muito direccionada nos doentes do foro oncológico, no entanto qualquer pessoa em situação de doença, mesmo que seja uma fase transitória sente-se ameaçada e insegura. No caso dos doentes crónicos, estes à medida que a sua doença vai evoluindo, a debilidade física associada se vai instalando e ao depararem-se com a perda de papéis em consequência da sua incapacidade funcional pode levar os mesmos à falta progressiva da esperança.

De um modo geral, os autores sugerem a existência de quatro estadios ou fases da esperança: esperança de cura; de tratamento; de prolongamento da vida; de uma morte serena. Este conceito reforça a ideia de dinamismo e mudança constante de foco da esperança ao longo do tempo, frequentemente modificada, realinhada e redimensionada (Parker-Oliver, 2002).

Aceitando a vulnerabilidade da pessoa humana, a doença, como já foi referido, revela-se como um período de fragilidade circunstancial às condições decorrentes da sua existência. O doente/família deparam-se com a desmoralização, a ameaça, o desamparo e a perda de sentido, podendo levar os mesmos a atingir a tristeza profunda, o desespero e o sofrimento.

Inerente à vida humana, a esperança ou a falta dela, aparece associada às várias dimensões da nossa existência, na esfera pessoal, profissional, familiar e social. O seu grau de intensidade, e a importância que assume na hierarquia de prioridades, varia ao longo da vida. É nesta riqueza multimodal de dimensões, enfoques e determinações que o profissional de saúde poderá constituir-se num ponto de ancoragem na atribulada viagem e transformações constante da esperança perante as vicissitudes da doença. (Barbosa, 2010).

Neste cenário torna-se fundamental que os profissionais de saúde se encontrem preparados para auxiliar os doentes a criar novas formas de existência e atribuição de sentido procurando sempre uma perspectiva integrativa da pessoa humana. (Gaspar, 2013).

Em Portugal, a Enfermagem tem evoluído de formas muito diversas, quer a nível profissional, quer no âmbito da formação e dignificação da profissão. No que diz respeito à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde traduziu-se num desempenho profissional cada vez mais complexo, diferenciado e exigente, daí que a relevância e o reconhecimento do conceito de esperança tem vindo a crescer de forma galopante na enfermagem. (Ritter, 2011).

O enfermeiro sendo o profissional de saúde privilegiado na proximidade de relação com o doente quer em meio hospitalar quer nos CCI deve estar sensível e alerta para sinais de desesperança, pois só assim conseguirá constituir-se como um importante elo de ligação entre o doente, a família e os outros profissionais, assim como motivar o mesmo para a participação e colaboração no seu plano de reabilitação. A pessoa ao reconhecer e ao sentir o seu progresso permite que continue a reabilitação, aumente os níveis de emoção positiva (esperança) e enfraqueça os efeitos do stresse e emoções negativas. (Dias & Ribeiro, 2014).

Como oposto da esperança, mas também referida com alguma frequência na literatura, encontramos a desesperança. Carpenito (2011) define-a como um estado emocional, subjectivo em que a pessoa não é capaz de perspectivar ou encontrar alternativas para os seus problemas pessoais ou para alcançar um bem que deseja. Desta forma, não acredita que possa ser ajudada por terceiros, assim como não consegue concentrar-se nem mobilizar o esforço necessário para alcançar os objectivos definidos.

O papel positivo da esperança na vida humana, na saúde e na doença é cada vez mais significativo e reconhecido pelos enfermeiros, uma vez que a esperança é descrita como uma experiência pessoal, subjectiva e única que terá uma componente essencial na adesão e participação nos cuidados. A perda de esperança, tendo em conta a autora supracitada (2011), é associada à utilização de expressões negativas pelo doente que se pode expressar numa apatia profunda, desoladora e duradoura, assim como pode

apresentar manifestações a nível físico, emocional e cognitivo. A nível fisiológico destacam-se as respostas retardadas ao estímulo, o aumento da sonolência, a falta de energia, a perda de apetite e de peso. As dificuldades em lidar com o passado e com o futuro, a incapacidade em estabelecer objectivos e metas, assim como a rigidez de pensamento (o tudo ou nada) são as manifestações cognitivas mais comuns. Quanto às manifestações de ordem emocional a mesma autora (2011) aponta a dificuldade em vivenciar sentimentos, a sensação de perda e de vazio, os sentimentos de desamparo e de incompetência.

No que concerne à esperança em doentes internados nas UMDR e ULDM não existe referência a qualquer tipo de estudo, contudo têm sido realizados alguns estudos direccionados para os doentes paliativos, uma vez que quando a cura não é possível, o “focus” da esperança assume uma importância fundamental na forma como as pessoas doentes vivem o período de fim da vida.

Atendendo a que o nosso país, infelizmente, não oferece um número de camas suficiente nesta tipologia e face às reais necessidades torna-se inevitável o ingresso de doentes com doença incurável e/ou grave com prognóstico limitado nas UMDR e ULDM. Neste sentido, achamos primordial destacar três estudos realizados sobre a esperança mas na área de cuidados paliativos a nível nacional.

De acordo com estudo desenvolvido por Pinto (2011), sobre a espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica, o enfermeiro, poderá ser uma peça fundamental na promoção da esperança, isto é através da relação de proximidade que estabelece com frequência com os doentes, poderá ajudar a pessoa a melhorar as crenças que tem nas suas capacidades, existindo diversas intervenções que se podem revelar muito úteis, nomeadamente: evitar esconder ou disfarçar a verdade, ajudar o doente a estabelecer objectivos realistas, apoiar a revisão de vida e valorizar as conquistas obtidas, envolver a pessoa activamente nos cuidados a prestar-lhe, orientar a família na promoção de factores encorajantes.

Ramos (2013), desenvolveu um estudo na área da esperança e o sofrimento no doente oncológico, procurando conhecer o nível de esperança e sofrimento, e analisar a relação entre elas, quando vivem a experiência de quimioterapia, apurando que quanto maior a esperança menor o sofrimento experienciado. Deste modo a esperança constitui uma componente essencial do cuidar, com comprovado poder terapêutico, que promove o alívio do sofrimento e incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. Desta forma constatamos que a esperança é um indicador psicológico de grande importância e que deve ser tido em conta na promoção da qualidade de vida dos doentes, pelo que torna-se

fundamental existir um maior investimento nestas áreas na prática de cuidados e na formação em enfermagem.

É ainda de realçar, e para finalizar, o estudo desenvolvido por Martins & Mestre (2014), sobre a esperança e qualidade de vida do idoso em que existe evidência que a esperança possui um potencial intencional para a terapêutica, apoiando e justificando a posição na expectativa de cura, tornando-se, desta forma, fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial, uma vez que este é um importante preditor da saúde e da Qualidade de Vida.

Face ao exposto a esperança como conceito multidimensional que é assume-se como um dos componentes essenciais do cuidar, com particular relevância nos contextos de doença em geral e da doença terminal em particular, desta forma cuidar é, portanto, um desafio que exige um olhar constante e atento, dirigido às diversas dimensões da vida humana, pois a esperança constitui-se como um bom condutor de emoções e potencia o bem-estar e a qualidade de vida das pessoa.

1.3 Qualidade de Vida

Definir qualidade de vida não é tarefa fácil nem imediata, uma vez que não existe uma definição de qualidade de vida universalmente aceite. De facto trata-se de um conceito subjectivo, muito complexo, ambíguo, lato, volúvel e dependente da cultura e da época e de cada indivíduo vive. Este conceito tem sido utilizado em duas vertentes: na linguagem quotidiana pela população, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas; e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como Economia, Sociologia, Educação, Medicina, Enfermagem, Psicologia e outras especialidades da saúde (Crivellaro & Ravagnani, 2010). O seu significado altera-se de pessoa para pessoa e até para a mesma pessoa em diferentes momentos da vida, ou seja este conceito sofre alterações ao longo do ciclo vital, variando com as suas necessidades e objectivos traçados.

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, estando relacionado com a obtenção de bens materiais isto é para ser possuidor de boa qualidade de vida, havia necessidade de possuir muitos bens materiais, quanto mais posse, melhor a qualidade de vida. É evidente que os bens materiais têm importância, contudo existe um patamar material mínimo. Com o passar dos anos, o conceito ampliou-se, significando, além do crescimento económico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer. Então para se falar em boa qualidade de vida seria de considerar a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana como a alimentação, uma habitação, acesso a água potável, saneamento básico, trabalho, educação, acesso a cuidados de saúde, transportes,

assim como o respeito e dignidade por si próprio e pelos outros. (Kluthcovsky; Takayanagui, 2006; Farias, 2011). Contudo, só na década de 90 se chegou à conclusão acerca desta multidimensionalidade e também da subjectividade do conceito, uma vez que, cada indivíduo, avalia a sua qualidade de vida de forma pessoal, nas diferentes perspectivas de qualidade de vida (Leal, 2008; Farias, 2011).

Na comunidade científica há uma multiplicidade de conceitos para qualidade de vida, não havendo consensos, contudo a definição do WHOQOL group (Grupo de Pesquisa da Organização Mundial de Saúde) é a que reúne mais consenso. De acordo com este grupo, o termo de qualidade de vida seria considerado a “percepção que a pessoa tem de sua posição na vida, na sua cultura, nos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (WHOQOL Group, 1995; Santos, 2006; Farias, 2011). Também Silva (2014), defende que a qualidade de vida é um fator multidimensional que num plano teórico engloba todos os aspetos da vida de uma pessoa.

Quanto à sua multidimensionalidade, e de acordo com do WHOQOL (1995) o conceito de qualidade de vida é baseado em seis domínios: domínio físico (centra-se no conceito que o indivíduo tem a sua própria condição física), domínio psicológico (sentimentos positivos, auto-estima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos), nível de independência (mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho), relações sociais, meio-ambiente (segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais) e por último do domínio da espiritualidade / religião / crenças pessoais.

A qualidade de vida é um conceito de interesse geral em vários contextos da sociedade, podendo ser entendida como a quantidade de bens materiais ou espirituais, a qual surge associada a determinados indicadores biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais, constituindo uma medida subjetiva de percepção pessoal que varia ao longo do tempo (Castro *et al.*, 2003).

Neste sentido a qualidade de vida apresenta-se como uma área de estudo muito actual e que tem sido alvo de investigação por diversas ciências e disciplinas, tais como a filosofia, a sociologia, a economia, a psicologia, a medicina e a enfermagem. A grande preocupação de todos eles é: identificar e perceber os aspectos que influenciam o bem-estar do ser humano. (Farias, 2011).

Com o crescimento tecnológico a nível mundial, começou a verificar-se a desumanização da Medicina. Para colmatar este ponto negativo surge o conceito de qualidade de vida, sendo um movimento dentro das ciências humanas e biológicas que valoriza parâmetros mais amplos além do controlo de sintomas, diminuição da mortalidade e

aumento da esperança de vida. Assim sendo a qualidade de vida foi um parâmetro acrescentado a ensaios clínicos randomizados como uma terceira dimensão além da eficácia e segurança. A qualidade de vida passa a assumir um papel subjectivo na saúde, estando ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente (OMS, 1998). Pode-se dizer que existe uma boa qualidade de vida quando os desejos individuais são satisfeitos pela experiência de vida. Pelo contrário, diz-se que há má qualidade de vida quando as experiências de vida não cumprem os desejos individuais. Desta forma o interesse em quantificar e qualificar a qualidade de vida tem aumentado, tornando-se um importante indicador de saúde e bem-estar dos doentes, especialmente nas situações de doença crónica nas quais a vida se mantém por tecnologia. Neste sentido, a enfermagem vem desenvolvendo pesquisas voltadas para a melhoria da qualidade de vida de doentes crónicos, acompanhando a tendência da área da saúde, pois, além do esforço e investimento direcionados ao aumento de anos de vida, com êxito, existe uma enorme preocupação com a qualidade na vida aos anos a mais que foram conquistados.

Num estudo desenvolvido por Pereira *et al* (2011), a qualidade de vida tem uma direta relação com a capacidade e modo como cada pessoa enfrenta e luta contra as adversidades eles vão surgindo ao longo da vida, nomeadamente processos de doença e morte.

Segundo vários autores a percepção e consciencialização do estado de doença por parte da pessoa e do seu núcleo familiar, sobre o processo de doença crónica e progressiva, irá afetar e modificar o seu quotidiano. Estes autores defendem que para além do enorme impacto que as alterações físicas, emocionais, sociais e psicológicas, sentidas no imediato têm no indivíduo e sua família, a iminente situação de dependência funcional e o medo e incertezas do futuro causam um sofrimento psicológico devastador. Este sofrimento tem um enorme impacto e pode interferir de forma negativa no quotidiano da pessoa doente, e conseqüentemente no seu processo de reabilitação, assim como poderá colocar em risco a manutenção da qualidade de vida deste e de todos os seus envolventes. (Paredes et al, 2008; Canavarró et al, 2010; Soares et al, 2013).

Farias (2011) desenvolveu um estudo sobre a qualidade de vida na pessoa portadora de DPOC, onde constatou que esta se encontra bastante alterada na maioria dos participantes em estudo e onde apuraram as limitações das actividades físicas como as causadoras de um maior prejuízo na qualidade de vida, seguida pelos sintomas da doença e por fim o impacto psicossocial. Por outro lado, verificaram ainda que quanto maior o número de internamentos, assim como um estadio mais avançado da DPOC, contribui para uma menor qualidade de vida dos doentes.

A avaliação da qualidade de vida dos doentes, em particular dos doentes crónicos, não é uma preocupação recente, uma vez que as doenças crónicas não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por serem doenças sem cura ou de duração muito prolongada, que têm de ser geridas em vez de ser curadas, em que este processo crónico acarreta um complexo processo de adaptação, trazendo consigo um leque de alterações que repentinamente podem desafiar a visão que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e do mundo. (Farias, 2011)

Como já foi referido, embora o tema qualidade de vida tenha vindo a ser muito debatido na actualidade devemos ressaltar a importância do cuidar em enfermagem, ou seja, este deve ser o mais humanizado possível, onde impere o respeito, solidariedade, dedicação, amor e carinho. O apoio oferecido pelo enfermeiro pode fazer emergir potencialidades dos doentes, de seus familiares e de outras pessoas envolvidas no processo de cuidado. Portanto, entende-se que cabe ao enfermeiro dedicar acções que viabilizem o alcance de maior qualidade de vida aos doentes.

1.4 Sono

Os seres humanos passam cerca de um terço das suas vidas a dormir. Talvez por isso haja tanto interesse no estudo do sono, das suas funções e dos efeitos da sua privação (Pereira, 2013).

Sabemos que o sono é um processo fisiológico natural, essencial para a sobrevivência, uma vez que exerce um importante papel na restauração de energia, na concentração, na consolidação da memória e nos processos de aprendizagem (Talhada, 2012). Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social da pessoa, além de comprometer substancialmente a própria qualidade de vida.

Durante muito tempo acreditou-se que o sono era um período passivo com reposição da energia mental e do vigor físico, actualmente e tendo em conta o desenvolvimento de estudos ao longo dos anos sabe-se que o sono é um estado ativo em que o cérebro continua em funcionamento, com áreas mais ativas durante esta fase do que enquanto no estado de vigília. (Tavares, 2002; Crivelaro & Ravagnani, 2010). De acordo com Soares (2010) o sono define-se como uma actividade fisiológica normal, necessária e indispensável. É considerado um estado anatómico e funcional de não acordado, de desligar da relação com o mundo exterior para que o cérebro possa trabalhar em proveito próprio, dedicando-se às actividades necessárias ao seu funcionamento normal.

Existem vários estádios de sono, que variam em profundidade e se repetem de forma cíclica ao longo de uma noite de sono. Guimarães (2013), refere que o sono divide-se em dois tipos de padrões, o padrão de sono com movimentos oculares rápidos (REM "rapid eye movements") e o sem movimentos oculares rápidos (NREM "non-rapid eye movements"). Este último encontra-se dividido em 4 estágios em que existe um aumento da profundidade, ou seja, quando se adormece, dá-se a evolução do estágio 1 ao 4 do sono NREM, também denominado sono lento, e de seguida ocorre o sono REM, ou paradoxal, no qual ocorrem os sonhos (Gleitman, 2002).

Durante o sono NREM, ocorre relaxamento muscular comparativamente ao estado de vigília apesar de se manter sempre alguma tonicidade basal. No sono REM, apesar da atonia muscular que acompanha este estágio, observam-se movimentos corporais erráticos, de diversos grupos musculares, principalmente na face e membros, tal como emissão de sons. Durante o sono, o indivíduo não interage com o ambiente, encontra-se imóvel ou com um número limitado de movimentos, involuntários e automáticos. A reactividade a estímulos externos e dolorosos é reduzida, em comparação com o estado de vigília, principalmente nas fases de sono profundo. (Fernandes, 2006).

A manutenção de um padrão normal depende de muitos factores, entre eles regras de sono, condições físicas e psicológicas satisfatórias, ambiente confortável e um sistema nervoso intacto. Com o envelhecimento e/ou certas doenças é natural que surjam distorções e rupturas no padrão de sono normal, com maior predominância do sono leve. O sono torna-se fragmentado acontecendo muitos períodos de despertares nocturnos. (Barbosa, 2010).

Coelho *et al.* (2010) acrescentam ainda que o sono é um fenómeno essencial para a sobrevivência e tem como função primordial a restauração corporal e mental, com diversos efeitos fisiológicos, sendo fundamental para o processamento de vários tipos de memória e na recuperação da doença, dado que a privação do mesmo pode afetar a regeneração celular e conseqüentemente a resposta imunitária. Cada vez mais, e de acordo com Barbosa (2010), temos consciência que o sono é um processo ativo que é influenciado pelas vivências diurnas, tem interferência nos processos vitais assim como na actividade diurna. Ao longo do tempo e de acordo com o autor supracitado (2010), tem-se verificado que alterações patológicas e psicológicas da doença causam grandes alterações no sono acabando causar alterações na actividade diurna. Além disso existem estudos que comprovam que indivíduos que dormem menos do que o necessário demonstram diminuição no vigor físico, envelhecimento precoce, vulnerabilidade a infecções, obesidade, hipertensão e diabetes. (Crivelaro & Ravagnani, 2010).

Moreno (2012), refere ainda que as necessidades de sono variam ao longo da vida. O conhecimento da evolução do padrão de sono normal e sua variação ao longo da idade torna-se assim indispensável para a compreensão das suas alterações e para a avaliação das consequências da sua privação durante o dia. Neste sentido e tendo em conta a importância do sono como condição inerente à vida e essencial para a sobrevivência humana a Associação Mundial da Medicina do Sono, na Declaração do Dia Mundial do Sono (2010) deu realce às desordens do sono como constituindo uma epidemia global que ameaça a saúde e a qualidade de vida.

Desta forma podemos concluir que o sono não é somente uma necessidade de descanso físico e mental, mas sim uma peça fundamental o equilíbrio de todo o organismo a curto, médio e a longo prazo, desta forma podemos afirmar que o sono é um fator que contribui para a saúde, qualidade de vida e vitalidade ideal do indivíduo, daí que estudos nessa área têm vindo a ganhar um grande importância.

2ª PARTE- ESTUDO EMPÍRICO

2. Metodologia

Num processo de investigação deve explicar-se detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos a utilizar. É este o nosso desejo e por isso neste capítulo, incluímos a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas e ao processo heurístico seguido no estudo.

Tendo por base o quadro teórico, entendemos a metodologia como uma fase decisiva no trabalho de investigação, uma vez que só através da utilização de métodos adequados é possível percorrer o caminho para alcançar os objectivos traçados, conferindo validade científica ao estudo. De facto é no decurso desta fase que o investigador determina o desenho da investigação, explana o tipo de investigação, define as variáveis em estudo, formula as hipóteses, a amostragem, e o instrumento de colheita de dados a utilizar.

2.1 Questão e objectivos de investigação

Consideramos importante para a melhoria do nosso desempenho profissional, assim como para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, conhecer em profundidade os seus níveis de esperança, quando vivem a experiência de um internamento na unidade de cuidados continuados da SCMS. Estamos convictos de que esse conhecimento pode contribuir para o aperfeiçoamento das competências do enfermeiro, tendo por base a preocupação de responder às reais expectativas e necessidades dos doentes no seu todo.

Tendo em conta que a esperança influencia o bem-estar e estando esta ligada à existência, tanto física como emocional e espiritual é fundamental percebermos até que ponto a esperança pode ajudar a pessoa a lidar com o futuro.

Nesta linha de orientação denominamos um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, nomeadamente:

Caraterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico os participantes internados em contexto de cuidados continuados;

Identificar níveis de Esperança dos doentes em cuidados continuados;

Caracterizar tipologia do Sono nos doentes da amostra;

Avaliar qualidade de vida apresentada pelos Participantes;

Analisar correlações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, qualidade de vida e qualidade do sono e Esperança dos doentes.

Tendo em conta os objectivos, as características do estudo, o tempo e recursos disponíveis para a investigação, enveredamos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, transversal, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos e correlacionais.

A investigação quantitativa caracteriza-se por trabalhar em dados empíricos, ou seja, por entidades abstractas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo e que se caracteriza por “(...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 2009). Tendo em conta os objectivos que se pretende alcançar, a escolha da investigação quantitativa parece a mais adequada, uma vez que a este estudo estão subjacentes aspectos quantificáveis, característicos do método quantitativo. Além disso, o mesmo autor defende que o tipo de estudo específica as actividades que permitem a obtenção de respostas fiáveis às questões de investigação. Descreve ainda que “(...) a estrutura utilizada segundo a questão de investigação visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis”, (Fortin, 2009).

Este estudo é de natureza transversal, na medida em que a recolha dos dados foi realizada apenas num momento de forma individual, e que se caracteriza pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, (Campana, 2001).

Não experimental - pois não procuramos manipular as variáveis em estudo, embora seja nossa intenção obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno, (Sampieri *et al.*, 2006).

A utilização do método descritivo e correlacional deveu-se ao facto de ser o mais adequado para atingir alguns dos objectivos, uma vez que pretendemos descrever o universo de uma determinada população (doentes em contexto de cuidados continuados) ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis (esperança e vários factores susceptíveis de a influenciar). Fortin (2009) refere-nos que no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e estabelecer a existência de relações entre conceitos ou variáveis, com vista a descrever essas relações, em que o principal objectivo deste tipo de estudo é a descoberta de factores ligados a um fenómeno.

2.2 População e Amostra

Definiu-se como população do estudo todos os doentes adultos internados na Unidade de Cuidados Continuados da SCMS, que inclui UMDR e ULDM.

A amostra seleccionada para este estudo é do tipo não probabilístico, por conveniência, uma vez que os sujeitos se encontram geograficamente acessíveis. A amostra é então constituída por 46 indivíduos internados nas unidades acima referidas unidades, e resultou dos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Estar internado na Unidade de Média Duração e Reabilitação ou na Unidade de Longa Duração e Manutenção;
- ✓ Apresentarem capacidade de resposta verbal e orientação na pessoa, espaço e no tempo;
- ✓ Aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o assunto.

Do estudo ficaram excluídos todos os doentes da Unidade que não preenchiam os referidos requisitos.

É ainda de referir que a avaliação do estado de orientação foi realizada com base no Mini-Mental State Examination (MMSE), em que foi considerado com defeito cognitivo doentes analfabetos com score inferior ou igual a 15 pontos, doentes com 1 a 11 anos de escolaridade score inferior ou igual a 22 pontos e por último doentes com escolaridade superior a 11 anos com score inferior ou igual a 27 pontos.

2.3 Variáveis

Para a concretização do estudo e inevitável a definição de variáveis. A selecção das variáveis a serem utilizadas em qualquer investigação deve ter em conta os objectivos do estudo, as questões de investigação elaboradas, não podendo desta forma, ser de livre escolha do investigador.

Como a própria palavra nos diz, variável é qualquer coisa que varia, ou então, indo ao encontro ao que nos diz Fortin (2009) “elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”. Estas e de acordo com o mesmo autor (2009), podem ser classificadas de acordo com a relação que estabelecem entre si. Sendo assim podem ser variáveis dependentes e independentes.

Variável Dependente

Para Fortin (2009) a variável dependente não é mais do que o resultado preditivo do investigador.

No nosso caso específico, considerámos como variável dependente do nosso estudo, a Esperança do doente internado em contexto de cuidados continuados.

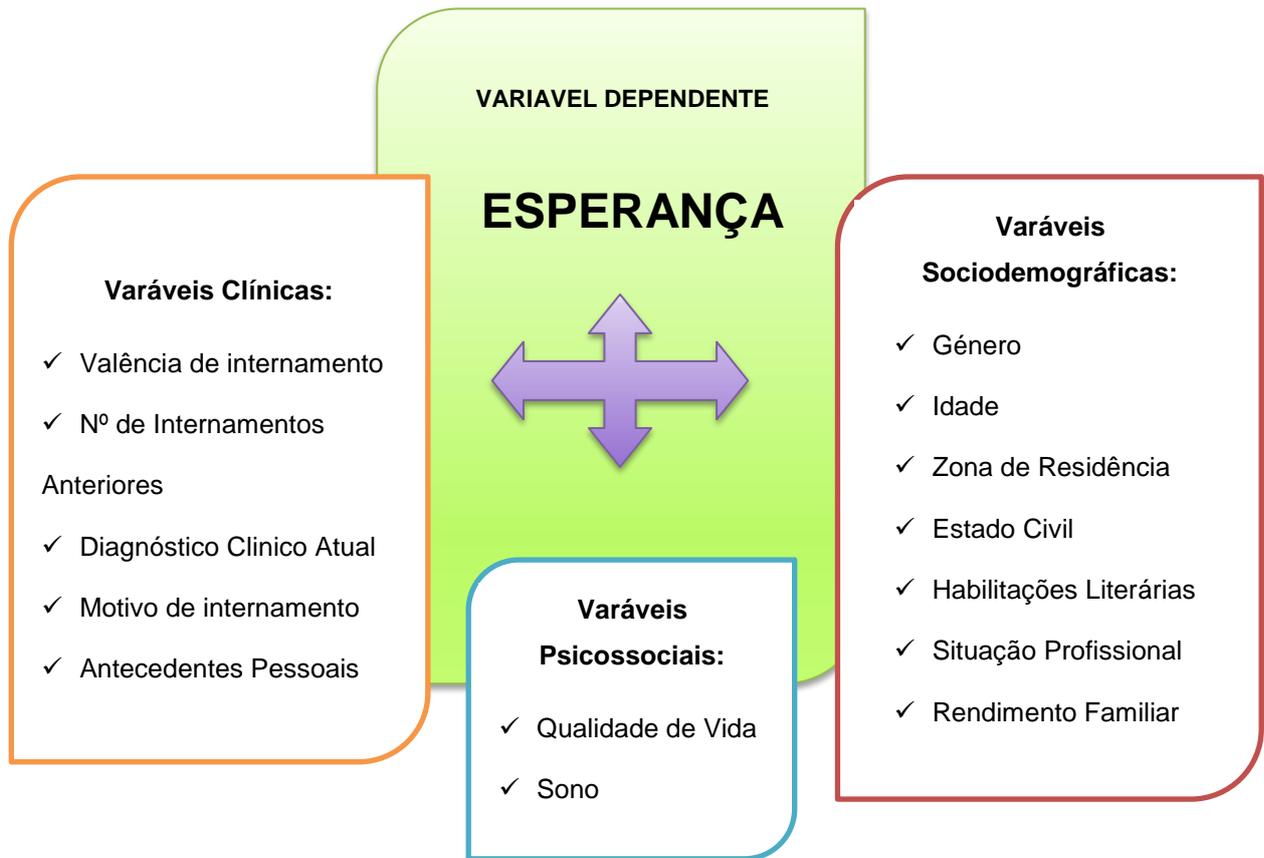
Variável Independente

Uma *variável independente* é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. A variável independente, chamada também variável experimental, é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente (Fortin, 2009).

Tendo em conta o nosso objectivo em avaliar o nível de esperança do doente internado nos cuidados continuados, consideramos várias variáveis independentes que para nós serão prementes na obtenção dos nossos os objectivos. Neste sentido, estas foram divididas em três grandes domínios: (1) **sociodemográficas**: género, idade, zona de residência, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e rendimento familiar; (2) **Clínicas**: que incluem valência de internamento, nº de internamentos anteriores, diagnóstico clínico actual, motivos de internamento, antecedentes pessoais; (3) **Psicossociais**: que se refere à qualidade de vida e do sono.

Estas variáveis servem para caracterizar a amostra e também, avaliar a sua interferência na variável dependente. Elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis, (cf. Esquema 1)

Esquema 1 – Representação esquemática da relação prevista entre variáveis.



2.4 Hipóteses

Para Polit, Beck e Hungler (2004) a hipótese “é uma tentativa de previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis na população sob estudo” é uma solução possível para um problema, através de uma preposição estável, ou seja, de uma expressão verbal susceptível de ser declarada verdadeira ou falsa. Com os objectivos traçados, que orientaram o nosso estudo, elaborámos as seguintes hipóteses:

H1 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, zona de residência, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) e a esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

H2 – Existe associação entre as variáveis clínicas (valência de internamento e internamentos anteriores) e a esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

H3 – As variáveis psicossociais (qualidade de vida e qualidade do sono) são preditoras da esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

O desenho de investigação que elaborámos constituiu um guia orientador para a realização e desenvolvimento do estudo.

2.5 Instrumento de colheita de dados

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em consideração a natureza do estudo, mas também a população, os objectivos e recursos disponíveis.

Há diversas formas para a colheita de dados e é o investigador que deve determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação e às hipóteses formuladas (Fortin, 2009).

De acordo com o método de investigação a que iremos recorrer neste estudo, o instrumento de recolha de dados a utilizar será o inquérito, uma vez que este permite recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, colocar-se-á uma série de questões que abarquem o tema em causa, não havendo interacção directa entre estes e os inquiridos (Ribeiro, 2007).

Tendo em conta os objetivos a que nos propusemos, descrevemos de seguida o nosso instrumento de colheita de dados (cf. ANEXO I), o qual obedece à seguinte disposição:

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Este grupo procura realizar a caracterização dos doentes, nomeadamente em termos de idade, género, estado civil, zona de residência, distrito, habilitações literárias, profissão, situação profissional e rendimento familiar mensal (cf. ANEXO I).

Parte II – Caracterização Clínica

Conjunto de questões que visam caracterizar algumas variáveis clínicas, como: valência de internamento, internamentos anteriores, diagnóstico actual, o motivo de internamento e se têm outras doenças associadas (cf. ANEXO I).

Parte III – Caracterização Psicológica

A avaliação das variáveis de cariz psicológicas aborda a Escala de Esperança (Herth – HHI – PT), Questionário de Qualidade de Vida e o Questionário do Sono de Oviedo (QSO), (cf. ANEXO I).

- **Escala de Esperança (Herth – HHI – PT).**

A abordagem da esperança ao longo de muitos anos tem sido confiada à intuição e à sensibilidade dos profissionais em relação ao tema. Este facto pode constituir, em certas situações, um verdadeiro obstáculo na resposta às necessidades do doente. Neste sentido torna-se fundamental a existência de um instrumento que nos permita medir a esperança dos doentes.

O “Herth Hope Index” (HHI) é um instrumento para medir a esperança especialmente desenvolvido no contexto de final de vida e especificamente concebido para a utilização na prática clínica (Herth, 1992), razões que motivaram a sua escolha como instrumento neste estudo. A Escala de Esperança de Herth procura facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos onde as variações nos níveis de esperança poderão ser identificadas. Pode ser utilizada em vários contextos, nomeadamente: em doentes crónicos, idosos na comunidade ou em instituições, para a avaliação de dor e esperança em doentes com cancro, na avaliação de doentes em cuidados paliativos e também para executar plano de intervenções de enfermagem, entre outros.

O instrumento em estudo é uma adaptação da “Herth Hope Scale” (HHS) da mesma autora, cujo objectivo foi capturar a multidimensionalidade da esperança como representada pela HHS, reflectir claramente as dimensões da esperança em situações clínicas, reduzir o número e a complexidade dos itens e assim apresentar um instrumento mais útil clinicamente. O HHI é designado para facilitar a avaliação da esperança em vários intervalos onde as alterações nos níveis de esperança poderão ser identificadas, requerendo pouco tempo e energia no seu preenchimento. Além de ter fortes bases teóricas apresenta propriedades psicométricas satisfatórias demonstradas, apoiando os investigadores na avaliação da esperança entre os doentes e na avaliação da efectividade de estratégias de aumento da esperança.

O instrumento em estudo é de origem americana, tal como o instrumento original, a versão portuguesa é constituída por uma escala unidimensional, do tipo Likert. A pontuação varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 4 (“concordo totalmente”). Após análise da homogeneidade dos itens foi necessário suprimir nesta versão três dos itens originais. Assim sendo, o Herth Hope Index - PT é constituído por um total de 9 itens, organizados numa única dimensão, podendo a pontuação final variar entre 9 e 36, em que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de esperança. (Viana, Dixe & Barbosa, 2010).

A amostra portuguesa foi constituída por 117 doentes em cuidados paliativos, com uma média de idades de 67.30 anos e, maioritariamente, do sexo feminino (56.40%). Os níveis de esperança foram considerados “bons” (score médio = 3.20 pontos e desvio padrão = 0,52 pontos) (Idem). O instrumento final, com 9 itens, apresenta assim uma boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.87), mesmo quando comparado com o instrumento original, cujo Alpha de Cronbach foi de 0.94 (Ibidem).

▪ **Avaliação Qualidade de Vida - *Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) versão 4, de Cella et al, (1993) adaptado por Pereira & Santos (2011).***

Cada vez mais existe uma preocupação em assegurar qualidade de vida não só aos doentes assim como aos seus familiares / cuidadores. Uma vez que não foram encontrados estudos com relevância científica para avaliar este constructo, optamos por utilizar instrumentos validados para a cultura portuguesa em doentes paliativos. Seleccionamos um instrumento validado nesta área já que, como referido anteriormente, o nosso país não oferece uma resposta suficiente de cuidados paliativos face às necessidades existentes, muitos destes doentes encontram-se internados em unidades de cuidados continuados onde lhes são prestadas acções paliativas. Neste sentido e face à nossa realidade utilizamos a escala Functional Assessment of Cancer Therapy- General (FACT-G) versão 4, de Cella et al. (1993), adaptado para Portugal por Pereira & Santos em 2011.

Esta escala funcional foi desenvolvida com o objetivo de avaliar de qualidade de vida geral, composta por 27 itens que avaliam quatro domínios da qualidade de vida: Bem-estar Físico (PWB/BEFI); Bem-estar Funcional (FWB/BEF); Bem-estar Social/Familiar (SWB/BESF) e Bem-estar Emocional (EWB/ BEE).

- ✓ *Physical Well-Being* / Bem-estar Físico (PWB/ BEFI) com 7 itens (item 1 ao 7);
- ✓ *Functional Well-Being* / Bem-estar Funcional (FWB/BEF) com 7 itens (item ao 14);
- ✓ *Social / Family Well-Being* / Bem-estar Social/Familiar (SWB/BESF) com 7 itens (item 21 ao 27);
- ✓ *Emotional Well-Being* / Bem-estar Emocional (EWB/BEE) com 6 itens (item 15 ao 20);

As respostas são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos (0=nem um pouco até 4 = muitíssimo). Os scores de cada uma das quatro

subescalas/domínios podem ser somados, podendo ainda obter-se o *score* global de qualidade de vida. Assim, valores mais elevados correspondem a melhor qualidade de vida nas suas diversas dimensões. O questionário é de autopreenchimento demorando, aproximadamente, 10 minutos o seu preenchimento total (Pereira & Santos, 2011).

Pelas análises efetuadas, a FACT-G revelou boas propriedades psicométricas, assim como aceitabilidade pelos respondentes, pelo que se justifica a sua aplicação em investigação e na prática clínica no estudo da qualidade de vida, como variável interveniente na esperança em doentes com doença crónica, oncológica e em fase final de vida, acompanhados em cuidados continuados, (Pereira & Santos, 2011).

▪ **Questionário do Sono de Oviedo (Bobes *et al.*, 1997).**

Muitas pessoas têm dificuldade em dormir. A insónia é um distúrbio do sono que consiste na incapacidade de iniciar ou manter o dormir, ou de ter uma duração e qualidade sono adequado para restaurar energia e o estado normal de vigília.

O Questionário de Sono de Oviedo é uma breve entrevista semiestruturada de ajuda diagnóstica para os transtornos do sono do tipo insónia e hipersónia segundo os critérios DSM-IV e CIE-10 (Bobes *et al.*, 2000). A sua versão final é constituída por 15 itens, 13 dos quais agrupam-se em 3 escalas categoriais diagnósticas: satisfação subjetiva do sono (1 item), insónia (9 itens) e hipersónia (3 itens). Para além disto, a escala de insónia é também dimensional e proporciona informação sobre a gravidade da insónia em caso de estar presente.

Neste sentido e tendo em conta que a pontuação em cada escala oscila entre 9 e 45, quanto maior pontuação maior índice de insónia. Os dois itens restantes proporcionam ao clínico informação adicional sobre transtornos de tipo orgânico e sobre o tipo e frequência do uso de qualquer tipo de auxílio para indução do sono, como chás, fármacos, etc.

Todos os itens são respondidos mediante uma escala tipo Lickert, uma das técnicas de medida mais utilizada em estudos científicos (Cañadas & Sánchez, 1998), exceto o primeiro item (satisfação com o sono) em que a escala é medida por 7 valores (de 1 a 7), em todos as outras escalas temos 5 valores (de 1 a 5) que se referem à frequência, tempo e percentagens.

Desta forma, no nosso estudo:

✓ Satisfação subjetiva do sono (item 1) oscila entre 1 e 7 sendo que quanto mais elevada a pontuação melhor a satisfação subjetiva com o sono;

✓ A subescala da Insónias, refere-se à sintomatologia das insónias, constituída pelos itens: 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 3, 4, 5, 6 e 7, com os valores a oscilarem entre 9 e 45, onde uma maior pontuação equivale a um maior índice de insónia;

✓ A subescala da Hipersónias, é relativo à sintomatologia das hipersónias foi avaliada com os itens: 2.5; 8 e 9, com os valores a oscilarem entre 3 e 15 onde uma maior pontuação equivale a um maior índice de hipersónia.

✓ Total de Oviedo – Alusivo ao global das perturbações do sono.

2.6 Procedimentos ético-legais

Na pesquisa em enfermagem é frequente a utilização de indivíduos como sujeitos de investigações científicas, como tal é fundamental assegurarmos que seus direitos são protegidos. Neste contexto e depois de tomada a decisão de incidir este estudo sobre a esperança dos doentes internados nos cuidados continuados foi nossa preocupação preservar algumas questões éticas.

Assim, contactamos pessoalmente os responsáveis da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Seia, apresentando-lhes em traços gerais os objectivos do nosso estudo e a forma como pretendíamos fazê-lo.

Desde desta abordagem inicial assumimos o compromisso de que as confidencialidades das respostas seriam garantidas segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana. Além disso, asseguramos que todas as entrevistas seriam efectuadas num lugar adequado, de forma a não perturbar o funcionamento de todas as dinâmicas da instituição. Posteriormente, foi dirigido o ofício ao Provedor e Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia e após o despacho da autorização ter sido favorável foi aberto caminho para o início do processo de recolha de dados (cf. ANEXO II).

Para além da autorização acima mencionada, não esquecemos em momento algum de pedir individualmente a cada doente, o seu consentimento para a colaborar nesta pesquisa (cf. ANEXO III).

A recolha de dados foi realizada durante o mês de abril 2016. Sempre que possível foram feitas auto-aplicações dos questionários em doentes alfabetizados, no entanto e devido à dificuldade sentida por alguns doentes na compreensão do mesmo instrumento de avaliação e impossibilidade de leitura por outros, foi nossa intenção cooperar no assinalar

das respostas, para que a recolha de dados tivesse êxito, na presença dos entrevistados e sempre consoante as orientações dos mesmos. Nos doentes em que o seu nível de literacia era baixo, os questionários foram lidos e preenchidos pela investigadora de acordo com as orientações destes.

3. Resultados

O presente capítulo tem por finalidade apresentar os resultados obtidos nesta investigação, a partir dos questionários aplicado aos Participantes.

A organização e sequência dos assuntos apresentados terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados, os objetivos propostos para o estudo e ainda o referencial teórico de suporte.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva. As tabelas onde não apresentamos totais nas colunas referem-se a resultados onde eram permitidos respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados.

Começaremos por apresentar inicialmente uma estatística descritiva dos dados e posteriormente passaremos a uma análise inferencial no sentido de encontrarmos associações entre variáveis.

Secção I – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.

Idade e género

A tabela 1, permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 46 participantes, sendo 27 (58,7%) do sexo feminino e 19 (41,3%) do sexo masculino.

Constatamos também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 46 e um máximo de 92 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 74,39 anos, um desvio padrão de 13,15 e um coeficiente de variação de 17,67%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do género, verificamos que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x}=81,22$) é bastante superior à do sexo masculino (\bar{x}

= 64,68), apresentando o grupo feminino uma baixa dispersão e o masculino uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, para os homens, mulheres e amostra total é simétrica e platicúrtica.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk/error</i>	<i>K/error</i>	<i>CV (%)</i>
Masculino	19	46	92	64,68	14,13	0,88	-0,92	21,84
Feminino	27	67	90	81,22	6,61	-1,02	-0,39	8,13
Total	46	46	92	74,39	13,15	-2,10	-0,78	17,67

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que a percentagem mais elevada (41,3%) se encontra no escalão superior aos 81 anos, seguindo-se o segundo escalão (66-80 anos) com 32,6% e o primeiro escalão (45-65 anos) com 26,1%.

Com se pode verificar existe um predomínio de mulheres nos escalões mais elevados enquanto que nos homens se verifica o inverso.

Distrito a que pertencem

Considerando o distrito a que pertencem, podemos observar que como era de esperar a maioria (54,3%) pertence ao distrito da Guarda, na segunda posição estão os do distrito de Coimbra (21,7%) na terceira está Viseu (17,4%) e com valores percentuais menores aparece Castelo Branco (4,3%) e Santarém (2,2%).

Zona de Residência

Quisemos ainda saber qual a zona de residência dos nossos inquiridos: os dados mostram que a maioria (63,0%) habita em zona rural e apenas 37,0% habita em zona urbana. Vimos ainda que esta tendência se verifica quer para homens quer para as mulheres.

Estado Civil

Relativamente à variável descrita, verificamos que o maior grupo percentual (41,3%) da amostra tem com estado civil casado/união de facto, seguindo-se os viúvos com 28,3%, em terceiro lugar os solteiros (17,4%) e por fim os divorciados/separados com 13,0%.

Analisando o estado civil por género, verifica-se que os divorciados são todos (13,0%) do sexo masculino, enquanto a viuvez predomina no género feminino.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra.

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO					
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
45-65	12	26,1	-	-	12	26,1
66-80	5	10,9	10	21,7	15	32,6
≥ 81	2	4,3	17	37,0	19	41,3
DISTRITO						
Castelo Branco	1	2,2	1	2,2	2	4,3
Coimbra	3	6,5	7	15,2	10	21,7
Guarda	9	19,6	16	34,8	25	54,3
Santarém	1	2,2	-	-	1	2,2
Viseu	5	10,9	3	6,5	8	17,4
ZONA DE RESIDENCIA						
Rural	11	23,9	18	39,1	29	63,0
Urbana	8	17,4	9	19,6	17	37,0
ESTADO CIVIL						
Casado/união de Facto	8	17,4	11	23,9	19	41,3
Solteiro	3	6,5	5	10,9	8	17,4
Viúvo	2	4,3	11	23,9	13	28,3
Divorciado/separado	6	13,0	-	-	6	13,0
TOTAL	19	41,3	27	58,7	46	100

Escolaridade

A tabela 3 mostra que o nível de escolaridade dos elementos da nossa amostra é globalmente baixa. Podemos constatar que (52,2%) tem 4 anos de escolaridade ou seja o 1º ciclo do ensino básico, seguindo-se os que sabem ler e escrever (19,6%) e na terceira posição os que não tem escolaridade (15,2%).

Os restantes níveis de escolaridade também estão presentes no grupo, contudo com menores valores percentuais. Existem pequenas diferenças em função do género contudo, as mulheres possuem escolaridade mais baixa.

Profissão

Quisemos ainda saber que tipo de profissões exerciam anteriormente os nossos inquiridos: recorreremos para o efeito à tabela Nacional de Profissões em Portugal e os dados expressos na tabela 3 mostram que a maioria dos participantes no estudo integra o grupo de domésticas/costureiras (30,4%) seguindo-se os trabalhadores não qualificados (28,3%) os operários, artífices e trabalhadores similares com 23,9% e por fim o pessoal de serviços e vendedores (17,4%).

Situação Profissional

Quanto à situação profissional, verificamos que a maioria dos participantes se distribui fundamentalmente pelos que se encontram reformados (84,8%) desempregados (8,7%) e outra (6,5%) onde se colocam os indivíduos com rendimento mínimo e prestações sociais. Nenhum dos participantes se encontrava empregado o que não nos surpreende atendendo à media de idades.

Analisando a distribuição da situação profissional por género, constata-se que apenas os homens se distribuem pela alternativa desempregado (8,7%).

Rendimentos Mensais

Quanto à variável rendimentos, verificamos que a grande maioria (87,0%) dos participantes auferem um rendimento mensal que corresponde ao ordenado mínimo nacional, 8,7% assume dispor de uma quantia correspondente a 2 ordenados mínimos nacionais e apenas dois participantes referem valores correspondentes a 4 e 5 ordenados mínimos nacionais respetivamente.

Tabela 3 - *Dados sociodemográficos dos elementos da Amostra (cont.)*

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO					
	N	%	N	%	N	%
ESCOLARIDADE						
Sem escolaridade	1	2,2	6	13,0	7	15,2
Sabe ler e escrever	2	4,3	7	15,2	9	19,6
1º Ciclo (4ª classe)	12	26,1	12	26,1	24	52,2
2º Ciclo (até 6º ano)	2	4,3	2	4,3	4	8,7
3º Ciclo (até 9º ano)	2	4,3	-	-	2	4,3
Ensino Secundário	-	-	-	-	-	-
Ensino Superior	-	-	-	-	-	-
PROFISSÃO						
Domésticas/ costureiras	-	-	14	30,4	14	30,4
Pessoal de Serviços e vendedores	1	2,2	7	15,2	8	17,4
Operários Artífices e trabalhadores similares	11	23,9	-	-	11	23,9
Trabalhadores não Qualificados	7	15,2	6	13,0	13	28,3
SITUAÇÃO PROFISSIONAL						
Empregado	-	-	-	-	-	-
Desempregado	4	8,7	-	-	4	8,7
Reformado	13	28,3	26	56,5	39	84,8
Outra	2	4,3	1	2,2	3	6,5
RENDIMENTOS						
Ordenado mínimo Nacional	16	34,8	24	52,2	40	87,0
2X Ordenado mínimo Nacional	2	4,3	2	4,3	4	8,7
3X Ordenado mínimo Nacional	-	-	-	-	-	-
4X Ordenado mínimo Nacional	-	-	1	2,2	1	2,2
Superior a 4X Ordenado mínimo Nacional	1	2,2	-	-	1	2,2
TOTAL	19	41,3	27	58,7	46	100

Secção II – Caracterização Clínica dos Participantes

O quadro clínico dos nossos participantes é bastante variável de indivíduo para indivíduo. Neste sentido os resultados que apresentamos nesta secção visam fundamentalmente identificar a valência do internamento, internamentos anteriores, diagnóstico atual, motivos que levaram ao internamento e os antecedentes pessoais.

O facto da tabela 4 não apresentar totais deve-se à particularidade de algumas das questões permitirem respostas múltiplas.

Valencia do internamento

De acordo com os dados expressos na tabela 4 verificamos que a maioria (71,7%) dos participantes está em Unidades de Media Duração e Reabilitação, seguindo-se (28,3%) os que estão em Unidades de Longa Duração e Manutenção.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres.

Internamentos Anteriores

Questionados sobre internamentos anteriores verificamos que a maioria (89,1%) dos participantes os teve, ao contrário de 10,9% que responde “não ter tido”.

Junto dos que responderam sim, averiguamos sobre o seu número: deste modo constatámos que 46,3% teve apenas 1 internamento anterior, 34,1% dois, 14,6% três internamentos e apenas 4,9% ou seja dois indivíduos responde 4, sendo estes do sexo masculino.

Diagnóstico atual

O diagnóstico atual dos nossos participantes distribui-se por um leque variado de situações: assim verificamos que as patologias com maior incidência são as fraturas (30,4%), seguindo-se os AVCs (17,4%), as depressões/ Alzheimer / Doença mental (15,2%) e as doenças respiratórias (10,9%). Também as neoplasias, úlceras de pressão e amputações são referidas mas com menor expressão numérica.

Motivos do internamento

Os motivos de internamento apontados mostram que para a grande maioria (95,7%) dos participantes o principal motivo foi a reabilitação funcional, seguindo-se (17,4%) a reabilitação cognitiva e na terceira posição (15,2%) a reabilitação cutânea.

Analisando a distribuição da variável por género, constatamos que a maioria dos homens descobriu os sintomas mais recentemente que as mulheres, que também aqui seguem a distribuição da amostra total.

Tabela 4 - Caracterização Clínica dos Participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
VALENCIA DE INTERNAMENTO						
U. Média duração e Reabilitação	13	28,3	20	43,5	33	71,7
U. Longa duração e manutenção	6	13,0	7	15,2	13	28,3
INTERNAMENTOS ANTERIORES						
Sim	17	37,0	24	52,2	41	89,1
Não	2	4,3	3	6,5	5	10,9
SE SIM, QUANTOS						
1	9	22,0	10	24,4	19	46,3
2	4	9,8	10	24,4	14	34,1
3	2	4,9	4	9,8	6	14,6
4	2	4,9	-	-	2	4,9
DIAGNOSTICO ACTUAL						
Fraturas	2	4,3	12	26,1	14	30,4
Ulceras	2	4,3	1	2,2	3	6,5
Doença cardíaca	1	2,2	1	2,2	2	4,3
Doença respiratória	3	6,5	2	4,3	5	10,9
Neoplasias	1	2,2	2	4,3	3	6,5
AVC's	4	8,7	4	8,7	8	17,4
Depressão/ Alzheimer / Doença mental	5	10,9	2	4,3	7	15,2
Amputação	-	-	2	4,3	2	4,3
MOTIVO DO INTERNAMENTO						
Reabilitação funcional	19	41,3	25	54,3	44	95,7
Reabilitação cognitiva	4	8,7	4	8,7	8	17,4
Reabilitação cutânea	3	6,5	4	8,7	7	15,2
Descanso do cuidador	-	-	-	-	-	-
Outra	-	-	-	-	-	-

Antecedentes Pessoais

Quisemos ainda conhecer os antecedentes pessoais dos nossos inquiridos: os dados mostram que o maior grupo percentual (45,7%) apresenta hipertensão arterial (HTA) seguindo – se a Diabetes Mellitus para 26,1%, e o alcoolismo para 15,2% (todos do género masculino).

A alternativa de resposta “outros”, mostra igualmente uma dispersão de situações que podemos visualizar na tabela 5, onde também por ordem decrescente encontramos a

doença pulmonar (13,0%), as fraturas e artroplastias (13,0%), a obstipação, (10,9%) e outras com menores valores percentuais.

Tabela 5 - Caracterização Clínica dos Participantes

VARIÁVEIS	GÉNERO		FEMININO		TOTAL	
	MASCULINO		N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%
ANTECEDENTES PESSOAIS						
Alcoolismo	7	15,2	-	-	7	15,2
HTA	7	15,2	14	30,4	21	45,7
Diabetes Mellitus	4	8,7	8	17,4	12	26,1
OUTROS ANT. PESSOAIS						
Síndrome vertiginoso	-	-	3	6,5	3	6,5
Paraplegia	2	4,3	-	-	2	4,3
Doença pulmonar	3	6,5	3	6,5	6	13,0
Anemia	2	4,3	2	4,3	4	8,7
Doenças degenerativas	1	2,2	3	6,5	4	8,7
Alzheimer / Epilepsia	2	4,3	2	4,3	4	8,7
Fraturas/ Artropatias	1	2,2	5	10,9	6	13,0
Insuficiência Cardíaca	2	4,3	-	-	2	4,3
Insuficiência Renal	1	2,2	3	6,5	4	8,7
AVC	-	-	2	4,3	2	4,3
Obstipação	2	4,3	3	6,5	5	10,9

Secção III – Esperança, Qualidade de Vida e Qualidade do Sono dos Participantes

Esta terceira secção procura avaliar alguns variáveis psicossociais designadamente a Esperança, a Qualidade de Vida e a Qualidade do Sono dos Participantes. Os dados serão apresentados pela ordem em que foram respondidos no questionário.

Assim, começaremos por avaliar a esperança numa tabela descritiva das respostas aos diferentes itens da escala, seguidamente faremos uma análise estatística descritiva em função do género e amostra total e por fim faremos uma análise em função dos níveis classificativos da esperança.

Opiniões sobre os itens

Como podemos constatar através da tabela 6 há uma tendência (maiores valores percentuais) dos participantes deste estudo tem se posicionar nas colunas intermédias ou seja “discordo” e “concordo” apesar de globalmente podermos afirmar que há posturas positivas sobre os vários aspetos da vida.

Assim e tendo em conta aos valores percentuais mais elevados, podemos verificar que 56,5% dos participantes tem atitudes positivas perante a vida, 45,7% não tem objetivos a curto, médio/ longo prazo, 37,0% não se sente só, 56,5% consegue ver possibilidades nas dificuldades, 76,1% professa uma fé que lhe dá conforto, 65,2% tem medo do seu futuro, 50,0% consegue recordar tempos felizes e agradáveis, 43,5% tem uma profunda força interior, 56,5% é capaz de dar e receber carinho/amor, 56,6% sente que a sua vida não tem um rumo, 56,6% não acredita que cada dia tenha potencial e (54,3%+28,3%) sente que a sua vida tem valor e mérito.

Tabela 6 - Opiniões dos Participantes sobre os ítems da escala da esperança

ITENS	RESPOSTAS		DISCORDO TOTALMENTE		DISCORDO		CONCORDO		CONCORDO TOTALMENTE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tenho uma atitude positiva per. a vida.	3	6,5	12	26,1	26	56,5	5	10,9		
Tenho objetivos a curto, médio e /ou a longo prazo.	1	2,2	21	45,7	18	39,1	6	13,0		
Sinto-me completamente só.	16	34,8	17	37,0	9	19,6	4	8,7		
Consigo ver possibilidades nas dificuldades.	4	8,7	14	30,4	26	56,5	2	4,3		
Tenho uma fé que me dá conforto	1	2,2	10	21,7	18	39,1	17	37,0		
Tenho medo do meu futuro.	5	10,9	7	15,2	30	65,2	4	8,7		
Consigo recordar tempos felizes e agradáveis.	-	-	10	21,7	23	50,0	13	28,3		
Tenho uma profunda força interior.	1	2,2	12	26,1	20	43,5	13	28,3		
Sou capaz de dar e receber carinho/amor.	-	-	6	13,0	26	56,5	14	30,4		
A minha vida tem um rumo.	5	10,9	21	45,7	16	34,8	4	8,7		
Acredito que cada dia tem potencial.	5	10,9	21	45,7	17	37,0	3	6,5		
Sinto que a minha vida tem valor e mérito.	1	2,2	7	15,2	25	54,3	13	28,3		

Esperança e género

A escala da esperança pode oscilar entre 12 e 48 pontos e quanto maiores forem os valores maior a esperança dos participantes. Assim a tabela 7, permite constatar que os valores da esperança da amostra total oscila entre um valor mínimo de 21 e um máximo de 45 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de esperança de 33,39 pontos, um desvio padrão de 6,46 e um coeficiente de variação de 19,34%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas da esperança em função do género, verificamos que a média da esperança para o sexo feminino ($\bar{x}=32,85$) é inferior à do sexo masculino ($\bar{x}=34,15$), apresentando os dois grupos uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição da esperança, para os homens, mulheres e amostra total é simétrica e platicurtica.

Tabela 7 - Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género

<i>Esperança</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk/error</i>	<i>K/error</i>	<i>CV (%)</i>
Masculino	19	21	45	34,15	7,40	-0,52	-0,85	21,69
Feminino	27	24	42	32,85	5,79	-0,72	-1,31	17,62
Amostra total	46	21	45	33,39	6,46	-0,60	-1,28	19,34

Níveis classificativos da Esperança

De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: **(Média \pm 0.25 dp)**. Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- Esperança reduzida - $\leq 31,78$ pontos
- Esperança moderada entre 31,79 e 35 pontos
- Esperança elevada - ≥ 35 pontos

Assim podemos verificar, que 45,7% dos participantes apresenta esperança reduzida, 39,1% esperança elevada e 15,2% esperança moderada.

Tabela 8 – Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género

SONO \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Esperança reduzida	10	21,7	11	23,9	21	45,7
Esperança moderada	1	2,2	6	13,0	7	15,2
Esperança elevada	8	17,4	10	21,7	18	39,1

Resultados da aplicação da escala de Qualidade de Vida (FACT-G)

O instrumento que mede a qualidade de vida (QDV) utilizada no nosso estudo é o Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) versão 4, de Cella et al, (1993) que foi adaptado para a população portuguesa por Pereira & Santos em 2011. Este questionário é constituído por 27 itens que se dividem em quatro domínios (***Bem estar Físico, Bem estar social/familiar, Bem estar Emocional, Bem estar funcional***). Inicialmente procederemos a uma avaliação por item e posteriormente uma avaliação em função das dimensões e valor global do Bem Estar.

Opinião dos Participantes sobre os itens do questionário da QDV

Numa análise da primeira dimensão, (Bem-estar Físico) podemos verificar que os itens com maiores valores percentuais de respostas são o “nem muito nem pouco” (posição neutra) ou então o “*nem um pouco*” ou “*um pouco*” posições que negam o quadro sintomatológico apresentado. Excetua-se ao que fica dito o item “*por causa do meu estado físico tenho dificuldades em atender às necessidades da minha família*” pois 47,8% responde muito e 17,4% muitíssimo e também o item “*sinto-me doente*” em que 36,9% assume este sentimento.

Relativamente ao Bem-estar Social/Familiar, verificamos uma tendência contrária ou seja de concordância uma vez que a maioria das respostas recaem nos itens muito e muitíssimo. Excetuamos também aqui os itens – “a minha família aceita a minha doença” “*Estou satisfeito como a maneira como a minha família fala sobre a minha doença*” e ainda “*Estou satisfeito com a minha vida sexual*” onde as respostas são maioritariamente discordantes.

A terceira dimensão que diz respeito ao Bem-estar Emocional revela que a maioria das respostas integram as duas colunas centrais ou seja concordam *um pouco* com as questões colocadas ou então uma posição neutra “*nem pouco nem muito*”

A quarta dimensão diz respeito ao Bem-estar funcional e as respostas mostram que a perceção dos inquiridos é que a sua funcionalidade está bastante comprometida. De facto a maioria (73,9%) não se sente capaz de trabalhar em casa nem no trabalho 50,0% sente prazer em viver e gosta de fazer coisas para os divertam.

Tabela 9 – Respostas dos Participantes aos itens da escala da qualidade de vida

ITENS	RESPOSTAS	NEM UM POUCO		UM POUCO		NEM POUCO, NEM MUITO		MUITO		MUITISSIMO	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bem-estar Físico											
1- Estou sem energia		5	10,9	13	28,3	16	34,8	11	23,9	1	2,2
2- Fico enjoado		21	45,7	11	23,9	13	28,3	1	2,2	-	-
3- Por causa do meu estado físico tenho dificuldades em atender às necessidades da minha família		3	6,5	7	15,2	6	13,0	22	47,8	8	17,4
4- Tenho dores		6	13,0	12	26,1	19	41,3	7	15,2	2	4,3
5- Sinto-me incomodado pelos efeitos secundários do tratamento		6	13,0	18	39,1	19	41,3	2	4,3	1	2,2
6- Sinto-me doente		4	8,7	14	30,4	11	23,9	14	30,4	3	6,5
7- Tenho que me deitar durante o dia		16	34,8	16	34,8	6	13,0	7	15,2	1	2,2
Bem-estar Social /Familiar											
1- Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos		-	-	4	8,7	14	30,4	24	52,2	4	8,7
2- Recebo apoio emocional da família		2	4,3	7	15,2	7	15,2	17	37,0	13	28,3
3- Recebo apoio emocional dos meus amigos		2	4,3	5	10,9	9	19,6	20	43,5	10	21,7
4- A minha família aceita a minha doença		6	13,0	8	17,4	16	34,8	12	26,1	4	8,7
5- Estou satisfeito como a maneira como a minha família fala sobre a minha doença		4	8,7	10	21,7	15	32,6	14	30,4	3	6,5
6- Sinto-me próximo do (a) meu (minha) parceiro(a) ou da pessoa que me dá apoio		5	10,9	5	10,9	15	32,6	10	21,7	11	23,9
7- Estou satisfeito com a minha vida sexual		12	26,1	6	13,0	25	54,3	3	6,5	-	-
Bem-estar Emocional											
1- Sinto-me triste		8	17,4	17	37,0	6	13,0	11	23,9	4	8,7
2- Estou satisfeito como enfrento a minha doença		5	10,9	10	21,7	18	39,1	11	23,9	2	4,3
3- Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença		11	23,9	15	32,6	9	19,6	11	23,9	-	-
4- Sinto-me nervoso		6	13,0	12	26,1	15	32,6	10	21,7	3	6,5
5- Estou preocupado com a ideia de morrer		16	34,8	5	10,9	14	30,4	9	19,6	2	4,3
6- Estou preocupado que o meu estado venha a piorar		5	10,9	8	17,4	7	15,2	17	37,0	9	19,6
Bem-estar Funcional											
1- Sou capaz de trabalhar em casa		29	63,0	5	10,9	8	17,4	3	6,5	1	2,2
2- Sinto-me realizado com o meu trabalho		29	63,0	3	6,5	9	19,6	4	8,7	1	2,2
3- Sou capaz de sentir prazer em viver		6	13,0	12	26,1	5	10,9	18	39,1	5	10,9
4- aceito a minha doença		8	17,4	11	23,9	12	26,1	14	30,4	1	2,2
5- Durmo bem		8	17,4	7	15,2	12	26,1	16	34,8	3	6,5
6 Gosto de coisas que faço para me divertir		4	8,7	9	19,6	13	28,3	15	32,6	5	10,9
7- estou satisfeito com a minha qualidade de vida		7	15,2	9	19,6	16	34,8	14	30,4	-	-

Qualidade de vida dos Participantes por dimensões

A tabela 9, mostra as estatísticas descritivas das dimensões da escala de QDV e valor global. Deste modo podemos constatar que a QDV da amostra total oscila entre um valor mínimo de 30 e um máximo de 65 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de

49,30 pontos, um desvio padrão de 8,44 e um coeficiente de variação de 17,11%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas da QDV em função das dimensões, verificamos que o **bem estar físico** oscila entre um valor mínimo de 2 e um máximo de 22 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 11,45 pontos, um desvio padrão de 4,27 e um coeficiente de variação de 37,29%, o que nos indica a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Já o **bem estar emocional** oscila entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 20 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 10,69 pontos, um desvio padrão de 4,04 e um coeficiente de variação de 37,79%, o que nos indica também a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Por fim o **bem estar funcional**, oscila entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 24 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 11,34 pontos, um desvio padrão de 5,67 e um coeficiente de variação de 50,00%, o que nos indica igualmente a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

No sentido de podermos comparar os valores médios das dimensões e QDV global determinámos a média aritmética de cada parcela, onde como sabemos os valores podem oscilar entre zero a um máximo de 4. Os valores acima de 2 são considerados positivos e abaixo deste serão negativos. Assim, verificamos valores negativos (correspondendo a má qualidade de vida) aos níveis do bem estar Físico ($\bar{x}=1,64$) Emocional ($\bar{x}=1,78$) Funcional ($\bar{x}=1,62$) e qualidade de vida total ($\bar{x}=1,84$). Já no bem estar Social/familiar existe uma QDV (positiva) ($\bar{x}=2,25$).

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição da QDV, para as dimensões e valor global é simétrica e platicúrtica excepto na dimensão física que é mesocúrtica.

Tabela 10 – Estatísticas descritivas das dimensões da QDV dos Participantes

Bem-estar	Min	Máx	\bar{x}	\bar{x} Aritm.	Dp	Sk/error	K/error	CV (%)
Físico	2	22	11,45	1,64	4,27	-0,45	0,40	37,29
Social /Familiar	2	25	15,80	2,25	5,74	-1,45	-0,41	36,32
Emocional	3	20	10,69	1,78	4,04	-0,34	-1,15	37,79
Funcional	0	24	11,34	1,62	5,67	-0,26	-0,86	50,00
TOTAL	30	65	49,30	1,82	8,44	-0,18	-0,16	17,11

Resultados da aplicação da escala do Sono de Oviedo (QSO)

Os dados que seguidamente vamos apresentar traduzem as perceções dos participantes sobre o seu sono. O QSO é um instrumento de ajuda diagnóstica para transtornos de sono de acordo com os critérios DSM-IV e CID-10 (BOBES, et al., 2000). É formado por 15 itens do tipo Likert, 13 dos quais se agrupam nas seguintes subescalas: Satisfação subjectiva do sono (oscila entre 1-7); Insónia (oscila entre 9-45); Hipersónia (oscila entre 3-15). O último item proporciona informação sobre a presença de fenómenos adversos durante o sono.

Dada a dimensão da escala e a variabilidade de respostas, procederemos a apresentação dos dados descritivos em diferentes tabelas.

Satisfação dos Participantes com o seu sono

A tabela 11 expressa o grau de (in)satisfação dos participantes sobre o seu sono e constitui o primeiro item do questionário do sono de Oviedo (QSO): assim podemos verificar em termos globais que 34,7% dos participantes está satisfeito, bastante satisfeito e muito satisfeito com o seu sono, 34,8% demonstra uma atitude neutra (nem satisfeito nem insatisfeito) e os restantes (30,4%) estão insatisfeitos.

Tabela 11 – Satisfação dos Participantes com o seu sono

<i>Respostas</i>	Muito Insatisfeito		Bastante Insatisfeito		Insatisfeito		Nem insatisfeito nem satisfeito		Satisfeito		Bastante satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Qual a satisfação com o estado do seu sono?	3	6,5	3	6,5	8	17,4	16	34,8	10	21,7	4	8,7	2	4,3

Dificuldades dos Participantes em conciliar o sono

A tabela 12 demonstra as dificuldades presentes no adormecer, os tempos de demora, e o nº de despertares durante a noite. Se atendermos aos maiores valores percentuais verificamos que os participantes do estudo têm dificuldade em conciliar o sono 1-2 dias por semana (39,1%), permanecem sonolentos 1-2 dias (43,5%), alcançam um sono reparador apenas 1-2 dias (39,1%), em dia nenhum despertam á hora habitual (52,2%), e em dia nenhum (73,9%) sentem sonolência excessiva.

Quando questionados sobre o tempo que demoram a adormecer depois de o tentar, verificamos que (43,4%) demora entre 10 e 30 mn, 43,5% demora entre 30-60 mn e 13,0% demora mais de 60 mn.

Relativamente ao nº de despertares durante a noite verificamos, que (8,7%) diz nenhuma, 50,0% entre 1 e 2 vezes, 19,6% responde 3 vezes e 21,7% responde mais de 3 vezes.

Tabela 12 - Dificuldades dos Participantes em conciliar o sono

	Nenhum		1-2 dias		3 dias		4-5 dias		6-7 dias	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quantos dias/ semana tem tido dificuldade para:										
-Conciliar o sono	14	30,4	18	39,1	3	6,5	1	2,2	10	21,7
-Permanecer sonolento	20	43,5	20	43,5	2	4,3	2	4,3	2	4,3
-Alcançar um sono reparador	9	19,6	18	39,1	6	13,0	4	8,7	9	19,6
-Despertar à hora habitual	24	52,2	14	30,4	4	8,7	-	-	4	8,7
-Excessiva sonolência	34	73,9	11	23,9	1	2,2	-	-	-	-
	10-15 min		16-30 min		31-45 min		46-60 min		+ 60 min	
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
Quanto tempo demora a adormecer depois de o tentar?	6	13,0	14	30,4	9	19,6	11	23,9	6	13,0
	Nenhuma		1 vez		2 vezes		3 vezes		Mais 3	
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
Quantas vezes desperta durante a noite?	4	8,7	3	6,5	20	43,5	9	19,6	10	21,7

Causas do despertar do sono

A tabela 13 mostra as causas do despertar do sono: assim podemos verificar que para 26,1% dos participantes este se deve à dor, 47,8% atribui-o à necessidade de urinar, 23,9% refere o ruído e apenas um elemento (2,2%) refere “outro” que não especifica.

Tabela 13 - Causas do despertar do sono dos Participantes

	Dor		Urinar		Ruído		Outro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se normalmente desperta, pensa que se deve a:	12	26,1	22	47,8	11	23,9	1	2,2

Características do sono

A tabela 14 mostra a frequência com que os inquiridos despertam antes do habitual: assim podemos verificar que para 47,8% dos participantes desperta como sempre, 17,4% meia hora antes, 15,2% refere 1 hora antes, 13,0% refere 1-2 horas e apenas 6,5% assinala mais de 2h.

No que diz respeito à eficiência do sono constatamos que apenas 15,2% dos utentes dorme entre 91-100% da noite, 56,6% entre 71-100% da noite e os restantes 28,3% dormem somente por períodos abaixo dos 70% da noite.

Quando questionados sobre as consequências (dias de cansaço sentido) por não dormir bem a noite respondem: 45,7% nenhum; 37,0% 1-2 dias; 6,3% 3 dias; 8,7% 4-5 dias; e apenas um elemento da amostra respondeu 6-7 dias.

De forma análoga quando questionados sobre a sonolência diurna ou dormindo mais que habitual á noite constatamos que 47,8% responde nenhum; 37,0% 1-2 dias; 8,7% 3 dias; 4,3% 4-5 dias; e apenas um elemento da amostra (2,2%) respondeu 6-7 dias.

Quando questionados sobre o funcionamento socio-laboral em consequência da sonolência sentida constatamos, que 56,5% responde nenhum; 34,8% 1-2 dias; 4,3% 3 dias; 4,3% 4-5 dias; e nenhum elemento da amostra respondeu 6-7 dias.

Verificamos relativamente ao ressonar que 26,1% não ressona; 19,6% ressona 1-2 dias por semana; 6,5% 3 dias; 26,1% 4-5 dias/semana; e 21,7% respondeu 6-7 dias/semana.

Considerando o ressonar com falta de ar na semana, 84,8% responde nenhum; 13,0% diz 1-2 dias; 2,2% 4-5 dias/semana; e nenhum responde 6-7 dias/semana.

Sobre a ocorrência dos movimentos das pernas, 52,2% responde nenhum; 19,6% diz 1-2 dias; 17,4% respondem 3 dias/semana; 4,3% 4-5 dias/semana; e 6,5% responde 6-7 dias/semana.

Os pesadelos não estão presentes em 45,7% dos participantes; 32,6% diz que acontecem 1-2 dias/semana; 10,9% respondem 3 dias/semana; 10,9% 4-5 dias/semana; e nenhum responde 6-7 dias/semana.

As respostas à pergunta *“Durante quantos dias por semana tem tomado fármacos para dormir ou utilizado qualquer outro remédio prescrito ou não para o (a) ajudar a dormir?”* mostram que 23,9% dos participantes responde nenhum; 4,3% diz 1-2 dias/semana; 4,3% refere 3 dias/semana; 2,2% 4-5 dias/semana; e 65,2% responde 6-7 dias/semana.

Tabela 14 - Características diversas do sono dos Participantes

	Desperto como sempre		Meia hora antes		1 hora antes		1-2 horas antes		Mais 2 horas antes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tem notado que desperta antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?	22	47,8	8	17,4	7	15,2	6	13,0	3	6,5
	91-100%		81-100%		71-80%		61-70%		60% ou menos	
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
Eficiência do sono (horas dormidas/ horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite e permanece na cama?	7	15,2	13	28,3	13	28,3	9	19,6	4	8,7
	Nenhum		1-2 dias		3 dias		4-5 dias		6-7 dias	
	N	%	N	%	N	N	%	N	%	N
Quantos dias/ semana têm estado preocupado ou tem notado cansaço ou diminuição no funcionamento sócio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	21	45,7	17	37,0	3	6,5	4	8,7	1	2,2
Quantos dias/semana se têm sentido demasiado sonolento, deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais que o habitual à noite?	22	47,8	17	37,0	4	8,7	2	4,3	1	2,2
Se se tem sentido com demasiado sono durante o dia ou tem períodos de sono diurno, quantos dias da semana tem estado preocupado ou tem notado diminuição no seu funcionamento sócio-laboral por esse motivo?	26	56,5	16	34,8	2	4,3	2	4,3	-	-
Quantos dias da semana tem, ou lhe têm dito que tem:										
-Ressonado	12	26,1	9	19,6	3	6,5	12	26,1	10	21,7
-Ressonado com falta de ar	39	84,8	6	13,0	-	-	1	2,2	-	-
-Movimentos das pernas	24	52,2	9	19,6	8	17,4	2	4,3	5	6,5
-Pesadelos	21	45,7	15	32,6	5	10,9	5	10,9	-	-
-Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Durante quantos dias por semana tem tomado fármacos para dormir ou utilizado qualquer outro remédio prescrito ou não para o (a) ajudar a dormir?	11	23,9	2	4,3	2	4,3	1	2,2	30	65,2

Análise das dimensões da Escala do Sono

Podemos verificar através da tabela 15 que relativamente ao grau de **satisfação dos Participantes com o seu sono** os valores oscilam entre um valor mínimo de 1 e um máximo de 7 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 4,02 pontos, um desvio padrão de 1,42 e um coeficiente de variação de 35,32%, o que nos indica a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Já a **insónia** oscila entre um valor mínimo de 9 e um máximo de 40 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 21,89 um desvio padrão de 6,71 e um coeficiente de variação de 30,65%, o que nos indica também a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

No caso da **hipersónia** os valores oscilam entre um valor mínimo de 3 e um máximo de 10 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 4,60 um desvio padrão de 1,86 e um coeficiente de variação de 40,43%, o que nos indica também a existência de uma dispersão elevada em torno da média.

Também relativamente aos **fatores adversos** podemos observar que oscilam entre um valor mínimo de 4 e um máximo de 13 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 7,97 pontos, um desvio padrão de 2,19 e um coeficiente de variação de 27,47%, o que nos indica uma dispersão moderada em torno da média.

Por fim considerando **o sono nota global** verificamos que os valores oscilam entre um valor mínimo de 14 e um máximo de 51 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de 30,52 pontos, um desvio padrão de 7,06 e um coeficiente de variação de 23,13%, o que nos indica uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição do sono, para as dimensões e valor global é simétrica, à exceção da hipersónia que é assimétrica e mesocúrtica para todas as dimensões excepto para a dimensão fenómenos adversos que é platicúrtica.

Tabela 15 – Estatísticas descritivas das dimensões do Sono

<i>Dimensões do Sono</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
Satisfação Subjetiva	1	7	4,02	1,42	-0,52	0,18	35,32
Insónia	9	40	21,89	6,71	1,51	0,15	30,65
Hipersónia	3	10	4,60	1,86	3,00	0,75	40,43
Fenómenos adversos	4	13	7,97	2,19	0,49	-0,33	27,47
Sono nota global	18	51	30,52	7,06	1,58	0,70	23,13

Classificação do Sono

Utilizando novamente a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos (**Média \pm 0.25 dp**), resultou a seguinte classificação:

- Sono com qualidade- \leq 28,75 pontos
- Sono com qualidade moderada entre 28,76 e 32,28 pontos
- Sono sem qualidade - \geq 32,29 pontos

Através da tabela 16 podemos verificar, que 45,7% dos participantes tem sono com qualidade, em oposição 34,8% percebeu ter um sono sem qualidade e 15,2% classifica-o com qualidade moderada.

Tabela 16 – Estatística descritiva da esperança dos Participantes em função do género

SONO \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sono com qualidade	8	17,4	13	28,3	21	45,7
Sono com qualidade moderada	3	6,5	6	13,0	9	19,6
Sono sem qualidade	8	17,4	8	17,4	16	34,8

Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados, passaremos a apresentar a análise inferencial com o objetivo de verificação de hipóteses.

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, (sendo no caso uma distribuição não normal) pois corroboramos com Pestana & Gageiro (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil, habilitações literárias, situação profissional, e rendimentos.

H1 – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, zona de residência, estado civil, escolaridade, situação profissional e rendimento mensal) e a esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

Para se perceber a influência do **género** na esperança dos Doentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 17, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,600$) entre as variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do sexo masculino aqueles que apresentam valores mais elevados, ($M= 24,74$) o que significa que são também os que tem níveis de esperança superiores.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o género não está associado á esperança das pessoas da nossa amostra.

Tabela 17 - Teste U de Mann-Whitney entre o género e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

INDICADORES	GRUPOS	MASCULINO	FEMININO	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança		24,74	22,63	233,000	0,600

Para testar a hipótese entre a **idade** e a esperança dos Doentes, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os 45 e os 65 anos os que apresentam médias mais elevadas (M=25,71) logo maiores níveis de esperança. Apesar destas diferenças, não existem diferenças estatísticas significativas ($p=0,621$) entre as duas variáveis.

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos participantes, é independente dos níveis de esperança encontrados.

Tabela 18 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e a esperança dos Doentes em cuidados Continuados

VARIÁVEL	GRUPOS	45-65	66-80	≥ 81	χ^2	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança		25,71	20,87	24,18	0,954	0,621

Para avaliar a influência da **zona de residência** na esperança dos Doentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 19, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,065$) entre as variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do meio urbano aqueles que as ordenações das medias mais elevadas, (M= 24, 85) o que significa que são também os que tem níveis de esperança superiores.

Deste modo, somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a zona rural não está associada á esperança das pessoas da nossa amostra.

Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre zona de residência e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VARIÁVEL \ GRUPOS	RURAL	URBANO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança	22,71	24,85	223,500	0,065

Para entendermos a influência da variável “**estado civil**”, na esperança dos elementos da nossa amostra começámos por recodificar esta variável em acompanhados (casados e união de facto) e não acompanhados (solteiros, viúvos e divorciados): utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney e constatamos, através das ordenações das médias que os não acompanhados apresentam valores superiores (M= 24,09) levando-nos a pensar que são os mais esperançosos.

Porém o valor de ($p=0,721$) mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada.

Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre o estado civil e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VAR.DEPENDENTE	GRUPOS	ACOMPANHADO	NÃO ACOMPANHADO	U	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança		22,66	24,09	240,500	0,721

A análise da associação entre **escolaridade** e a esperança dos Doentes, foi efectuada através do *Teste Kruskal-Wallis*. Ao observar a tabela 21, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,472$) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo detentor do 2 e 3º ciclo apresentar ordenações médias mais elevadas ($M=29,75$) que os restantes grupos logo com maior influência na esperança dos inquiridos.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a escolaridade não está associada á esperança das pessoas da nossa amostra.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre a escolaridade e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VARIÁVEL	GRUPOS	SEM ESCL.	1º CICLO	2º e 3º ciclo	χ^2	P
		ORD-MEDIA	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança		22,66	22,48	29,75	1,502	0,472

Para testar a hipótese entre **situação profissional** e esperança dos Doentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 22, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,836$) entre as variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos reformados aqueles que apresentam valores mais elevados, (M= 24, 85) o que significa que são também os que tem níveis de esperança superiores.

Deste modo, somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a situação profissional não está associada á esperança das pessoas da nossa amostra.

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre situação profissional e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VAR.DEPENDENTE \ GRUPOS	DESEMPREGADO	REFORMADO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança	22,00	23,64	78,000	0,836

H2 – Existe associação entre as variáveis clínicas (valência de internamento e internamentos anteriores) e a esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

Para testar a hipótese entre as **valências de internamento** e a esperança dos Doentes, foi aplicado o teste de Teste U de Mann-Whitney que nos indica que são os participantes internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação os que apresentam médias mais elevadas (M=23,85) logo maiores níveis de esperança. Apesar destas diferenças, não existem diferenças estatísticas significativas ($p= 0,799$) entre as duas variáveis.

Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que as valências de internamento dos participantes, são independentes dos níveis de esperança encontrados nos Doentes.

Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre valência de internamento e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VAR.DEPENDENTE \ GRUPOS	UMDR	ULDM	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança	23,85	22,62	203,000	0,779

A análise da associação entre **internamentos anteriores** e a esperança dos Doentes, foi efectuada através do Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 24, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,973$) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo com mais internamentos apresentar ordenações médias ligeiramente mais elevadas ($M=23,52$) que os restantes grupos logo com maior influência na esperança dos inquiridos.

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que os internamentos anteriores, não estão associados á esperança das pessoas da nossa amostra.

Tabela 24- Teste U de Mann-Whitney entre internamentos anteriores e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

VAR.DEPENDENTE \ GRUPOS	SIM	NÃO	U	P
	ORD-MEDIA	ORD-MEDIA		
Esperança	23,52	23,30	101,500	0,973

H3 – As variáveis psicossociais (qualidade de vida e qualidade do sono) são preditoras da esperança dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

Para completar o estudo foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis independentes que designamos de psicossociais (Qualidade de vida dos Doentes e respetivas dimensões e a qualidade do sono) em relação à variável dependente esperança (cf. tabelas, 25 e 26).

Pretendemos desta forma investigar, se as mesmas (variáveis) se constituem como factores preditores da esperança. Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

Os valores expressos na tabela 27 permitem constatar que das 4 dimensões (o bem estar físico, o bem estar social/familiar, o bem estar emocional e o bem estar funcional) que entraram no modelo de regressão, apenas uma (o bem estar funcional da escala da QDV) é preditora da esperança dos nossos participantes, tendo sido excluídas as dimensões, bem estar físico, bem estar social/familiar e o bem estar emocional.

O coeficiente de correlação é de 0,552 que corresponde a 28,9% da variância explicada da esperança dos utentes.

A dimensão referida é a única que apresenta peso preditivo, pois explica 55,2% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva altamente significativa ($p=0,000$). O valor do coeficiente padronizado beta leva-nos a inferir que os participantes com maior bem estar funcional são os que possuem maiores níveis de esperança.

Tabela 25 - Regressão múltipla entre a qualidade de vida e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

Variável dependente = Esperança						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,552	0,304	0,289	5,45039	0,304	19,250	0,000
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIAVEL. DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	26,266		14,496	0,000		
BEMESTAR FUNCIONAL	0,628	0,552	4,388	0,000	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	571,860	1	571,860	19,250	0,000	
RESIDUAL	1307,096	44	29,707			
TOTAL	1878,957	45				

De modo similar procedeu-se a um novo teste de regressão linear múltipla para avaliar a preditibilidade da qualidade do sono na esperança dos Participantes.

Os valores expressos na tabela 28 permitem constatar que das 4 dimensões que entraram no modelo de regressão, apenas os fenómenos adversos do questionário do sono prediz a esperança dos utentes, tendo sido excluídas as dimensões, satisfação subjetiva do sono, a insónia e a hipersónia.

O coeficiente de correlação é de 0,311 que corresponde a 7,6% da variância explicada da esperança dos utentes.

A dimensão referida é a única que apresenta peso preditivo, pois explica 31,1% da variância total e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ($p=0,035$). O valor do coeficiente padronizado beta leva-nos a inferir que os participantes que apresentam mais fenómenos adversos são os que têm níveis de esperança mais baixos.

Tabela 26 - Regressão múltipla entre as dimensões do sono e a esperança dos Doentes em Cuidados Continuados

Variável dependente = esperança						
R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA	INCREMENTO DE R ²	F	P
0,311	0,097	0,076	6,21063	0,097	4,713	0,035
PESOS DE REGRESSÃO						
VARIÁVEL DEPENDENTE	COEFICIENTE BETA	COEFICIENTE PADRONIZADO	T	P	COLINEARIDADE VIF	
CONSTANTE	40,694		11,673	0,000		
FENÓMENO ADVERSO	-0,915	-0,311	-2,8171	0,035	1,000	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
EFEITO	SQ	GL	MQ	F	P	
REGRESSÃO	181,794	1	181,794	4,713	0,035	
RESIDUAL	1697,162	44	38,572			
TOTAL	1878,957	45				

Depois das análises feitas e em jeito de conclusão podemos afirmar que a hipótese nº3 que formulámos é parcialmente aceite, uma vez que só algumas das dimensões das escalas se mostraram preditivas da esperança dos Doentes que constituíram a nossa amostra.

Contrariamente é rejeitada para as variáveis: bem estar físico, bem estar social/familiar e o bem estar emocional (da QDV) e a satisfação subjetiva do sono, a insónia e a hipersónia (da escala de sono de Oviedo).

3.1 Tratamento Estatístico

Para Coutinho (2011) a estatística permite organizar os dados obtidos e que a função do tratamento estatístico é transformar dados em informação.

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde foram inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A primeira permite estruturar a informação numérica com vista à descrição global da amostra. Para tal recorreremos a frequências absolutas e percentuais, a medidas de tendência central ou de localização como médias e a medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação (CV) e desvio padrão (DP) (Almeida & Freire, 2000). O coeficiente de variação compara a variabilidade de duas variáveis, que de acordo com Pestana & Gageiro (2005) deve ser analisada da seguinte forma:

- ✓ Dispersão Baixa $\leq 15\%$
- ✓ Dispersão Moderada $> 15\% \leq 30\%$
- ✓ Dispersão Elevada $> 30\%$

Utilizámos ainda medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), de acordo com as características das variáveis em estudo. A medida de simetria de Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP) (Pestana & Gageiro, 2003). Os mesmos autores apresentam os seguintes valores de referência:

- ✓ $SK/EP \leq - 1.96$ – distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita;
- ✓ $- 1.96 < SK/EP \leq 1.96$ – distribuição é simétrica;
- ✓ $SK/EP > 1.96$ – a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também provém do coeficiente com o erro padrão (EP). Assim, para Pestana e Gageiro (2003), a distribuição pode ser:

- ✓ $K/EP \leq - 1.96$ – distribuição é platicúrtica,
- ✓ $- 1.96 < K/EP \leq 1.96$ – distribuição é mesocúrtica,

✓ $K/EP > 1.96$ – a distribuição é leptocúrtica.

Na opinião de Pestana & Gageiro (2005), uma distribuição é normal quando é simétrica e mesocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminov, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicou-se o teste da percentagem residual que proporciona as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não permitia o uso do referido teste.

No que respeita à estatística analítica ou inferencial, Samuels & Witmer (2003), defendem que aquela análise averigua a existência de relações entre as variáveis de uma amostra, que poderão ser universalizáveis à população. Nesse sentido utilizámos testes paramétricos e não paramétricos.

Os testes paramétricos impõem a averiguação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa apresentem uma distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras /populações (Maroco, 2007). Deste modo, impôs-se o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, tendo sido utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

A estatística não paramétrica foi utilizada quando as condições de aplicação dos paramétricos, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, apenas se recorreu a estes testes quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Os testes não paramétricos são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

✓ O Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

✓ A Análise de variância a um factor (ANOVA) ou o Teste Kruskal-Wallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si, (Pestana & Gageiro, 2005);

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

✓ Quando se utilizou apenas uma variável dependente e uma independente, efectuou-se uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

✓ Teste de Qui Quadrado (χ^2) é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005).

É de referir que, ao longo de toda a análise estatística, consideramos um nível de significância (p) de 0.05, com um correspondente intervalo de confiança de 95%. Assim sendo, utilizamos os seguintes valores de significância, referenciados por Pestana & Gageiro (2005) e Samuels & Witmer (2003):

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico da presente investigação foi efectuado através do programa *Statiscal Package Social Science* versão 20.0 para o Windows e Word Microsoft. Optámos por apresentar os resultados em tabelas com o objectivo de permitir uma melhor apresentação da informação contida nos dados.

Findas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

4. Discussão de Resultados

No capítulo da apresentação dos resultados, fomos elaborando um ou outro comentário acerca de determinados valores que considerámos oportunos. Contudo este é o momento e o espaço indicado para a interpretação dos mesmos. Aferidos os resultados encontrados, com base nas respostas obtidas através do formulário e escalas aplicadas, urge a sua interpretação à luz das questões formuladas. Nesse sentido, proceder-se-á, em seguida, à discussão dos resultados considerados mais relevantes, procurando relacioná-los com o capítulo da fundamentação teórica e, sobretudo, com os resultados de estudos de natureza semelhante. Precedemos à discussão dos resultados, tendo em conta a sequência da sua apresentação. Assim, em primeiro lugar iremos proceder à análise relativa aos factores pessoais e clínicos, seguindo-se a análise do comportamento das variáveis no total da amostra e a sua relação com o seu nível de esperança.

A análise do estudo permitiu-nos verificar que a nível **sócio-demográfico** a nossa amostra (46 doentes), constituída por 58,7% do sexo feminino e 41,3% do sexo masculino, apresenta idades compreendidas entre os 46 e os 92 anos, ($x = 74,39$; $Dp=13,15$), sendo que média de idades para o sexo feminino ($\bar{x} = 81,22$) é bastante superior à do sexo masculino ($\bar{x} = 64,68$). Estes resultados vão ao encontro ao Relatório de Monitorização do 1º semestre de 2015, da RNCCI, onde constataram que 84,5% da população da RNCCI apresentava idade superior a 65 anos, em que o sexo feminino representa **55,7%** do total de utentes.

Em relação ao distrito em que vivem 54,3% pertence ao distrito da Guarda, 21,7% ao distrito de Coimbra seguindo-se Viseu com 17,4%, Castelo Branco com 4,3% e Santarém com 2,2%. Verificamos também que 63% reside numa zona rural e os restantes 37% numa zona urbana o que pode ser explicado pelo facto de o estudo ter sido realizado no Distrito da Guarda onde predomina o meio rural. Verificamos, assim, resultados semelhantes aos obtidos por Prior (2011) em que 56% dos participantes residiam em zona rural e 44% em zona urbana.

No que se refere ao estado civil, 41,3% da amostra encontra-se casado/união de facto, semelhante ao obtido pelos censos 2011 em que cerca de 45% da população portuguesa apresentava esse estado civil, (INE, 2011).

Em relação à escolaridade da amostra esta é globalmente baixa, 52,2% possui o ensino básico, o que vai ao encontro dos 93% do total da população da RNCCI (2015), que

apresenta uma escolaridade inferior a 6 anos. No que respeita à profissão a maioria (30.4%) da amostra são domésticas /costureiras seguindo-se os trabalhadores não qualificados (28,3%) os operários, artífices e trabalhadores similares com 23,9% e por fim o pessoal de serviços e vendedores (17,4%).

Como era expectável e tendo em conta a média de idades da nossa amostra, em relação à situação profissional, 84.8% dos participantes encontram-se reformados Quanto aos rendimentos, verificamos que 87,0% dos participantes auferem um rendimento mensal que corresponde apenas ao ordenado mínimo nacional.

Antes de avançarmos, podemos afirmar que os resultados por nós obtidos vão totalmente ao encontro aos obtidos aquando do Relatório de Monitorização do 1º semestre de 2015 da RNCCI, em que afirmaram que o perfil de utentes da rede tem evidenciado uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade e carenciada.

Em relação às **variáveis clínicas**, a análise descritiva permite ver que 71,7% da amostra encontra-se internada na UMDR, o que já era previsto uma vez que a unidade onde realizamos o nosso estudo contempla 30 camas nesta tipologia e apenas 12 na valência de ULDM. No entanto esta realidade difere do panorama nacional em que cerca de 60% das camas da RNCCI são de ULDM.

Verificamos que 89,1% apresentou internamentos anteriores ao ingresso na RNCCI, o que corrobora com os resultados apresentados no relatório de monitorização (2015), em que 63% dos doentes foram referenciados pelos hospitais.

Ainda dentro da caracterização das variáveis clínicas há a salientar o diagnóstico actual dos participantes, assim como o motivo de internamento. Constatamos que 30,4% dos diagnósticos atuais são fraturas, seguindo-se os AVC's com 17,4% o que difere do estudo de Menoita (2014) em que refere que a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas é o AVC e posteriormente as fraturas.

Relativamente ao motivo de internamento, 95,7% dos participantes apresenta como causa a reabilitação funcional seguindo-se a reabilitação cognitiva (17,4%) por último a reabilitação cutânea com 15,2%. Estes resultados vão ao encontro apresentados pelo relatório de monitorização (2015) em que 91% da população da RNCCI ingressou para reabilitação funcional e apenas 12% para reabilitação cutânea.

Tendo em conta a realidade actual, nomeadamente o envelhecimento e a incapacidade funcional da nossa população em que doença / incapacidade emerge torna-se fundamental respostas adequadas a essas necessidades. Como já referido anteriormente a RNCCI procura responder a essas necessidades. Como tal e atendendo aos pressupostos e

filosofias da mesma na humanização e personalização dos cuidados tornou-se premente conhecermos os níveis de esperança dos doentes internados. Desta forma a esperança foi o centro do nosso estudo daí ser o denominador comum nas hipóteses elaboradas.

Relativamente à variável psicológica esperança, sentida pelos doentes internados nos cuidados continuados, constatou-se que 56,5% da amostra possui atitudes positivas perante a vida, no entanto 45,7% dos participantes apresenta esperança reduzida, 39,1% esperança elevada e 15,2% esperança moderada. Existe uma certa dissonância entre estes dados e os do estudo levado a cabo por Martins & Mestre (2014) em que verificaram que 52% dos idosos investigados, apresentavam níveis elevados de esperança.

Apesar do referido, constatámos que 37,0% dos nossos participantes não se sente só, 56,5% consegue ver possibilidades nas dificuldades, 50,0% consegue recordar tempos felizes e agradáveis, 56,5% é capaz de dar e receber carinho/amor, 76,1% professa uma fé que lhe dá conforto, 43,5% tem uma profunda força interior e 76,6% (54,3%+23,3%) sente que a sua vida tem valor e mérito. Os nossos resultados são consonantes com os obtidos por Querido (2005), apesar da amostra do estudo desenvolvido pelo mesmo ser constituída por doentes em cuidados paliativos. O mesmo autor referiu ainda que os resultados por ele alcançados apontam para a existência de um processo de manutenção da esperança ao longo da vivência da situação de doença, em que a capacidade humana para manter a esperança face à adversidade é considerável, em que a maioria das pessoas consegue manter uma “centelha” de esperança de que algum dia, e de qualquer forma a situação melhore.

Contudo 45,7% da amostra não tem objetivos a curto, médio/ longo prazo, 65,2% tem medo do seu futuro, 56,6% sente que a sua vida não tem um rumo e 56,6% não acredita que cada dia tenha potencial.

A escala da esperança utilizada pode oscilar entre 12 e 48 pontos sendo que quanto maiores forem os valores maior a esperança dos participantes. Constatamos que os valores da esperança da amostra total variaram entre um valor mínimo de 21 e um máximo de 45 pontos, correspondendo-lhe um valor médio de esperança de 33,39 pontos. No que se refere ao nível de esperança em função do género, verificamos que a o sexo masculino apresenta uma esperança média ($\bar{x}=34,15$), superior ao sexo feminino ($\bar{x}=32,85$), contudo não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e a esperança, ($p=0,600$), à semelhança do estudo desenvolvido por Mestre (2011), e ao contrário dos resultados obtidos por Querido (2005), em que os homens apresentam (com significância estatística) um nível de esperança mais elevado que as mulheres.

Similarmente, entre a idade e a esperança não foram encontradas estatísticas significativas ($p= 0,621$), apesar de verificamos pelos valores das médias que os participantes com idades entre os 45 e os 65 anos apresentam esperança mais elevada ($M=25,71$). Também aqui o estudo diverge do desenvolvido por Mestre (2011) em que os participantes com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos ($M= 52,7059$) possuíam um maior nível de esperança.

Verificou-se que a esperança no seu geral não varia em função da zona de residência. No entanto, aquando da ordenação das médias verificamos que os elementos do meio urbano apresentam médias mais elevadas, ($M= 24, 85$) o que significa que são também os que tem níveis de esperança superiores. Esta constatação não vai ao encontro de Moratiou *et al* (2006), uma vez que estudo por ele realizado, apenas com população idosa, verificou que os idosos a residir em comunidade no meio rural, apresentam níveis de Esperança superiores aos que residem em contexto urbano.

Não foram observados de forma similar, efeitos significativos ($p=0,721$) entre o estado civil e a Esperança, o que corrobora o estudo de Mestre (2011). No entanto os participantes não acompanhados apresentam níveis superiores de esperança o que não vai de acordo com o pensamento de Moratiou *et al* (2006) uma vez que estes afirmam que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de Esperança, sendo que os indivíduos casados ou em união de facto, apresentavam níveis de esperança mais elevados que os divorciados e os viúvos.

A nível de escolaridade, não foram encontrados, efeitos significativos entre as habilitações literárias e a Esperança, verificando-se o mesmo em relação à situação profissional. Estes resultados corroboram Mestre (2011) que também não encontrou diferenças entre a escolaridade e a Esperança.

Efectuado o teste de hipóteses constatamos que não existe uma relação estatisticamente expressiva entre a valência de internamento e esperança ($p=0.799$), sendo que os doentes internados na UMDR apresentam níveis de esperança mais elevados. O que nos leva a relacionar com o fato de estarem num processo de reabilitação em que as expectativas de recuperação, assim como a esperança são alimentadas. No que se refere ao número de internamentos anteriores também não se verificou uma relação estatística significativa, o que leva a rejeitar a hipótese de que as variáveis clínicas interferem nos níveis de esperança apresentados pelos doentes.

Relativamente à influência das variáveis psicossociais (qualidade de vida e qualidade do sono) sobre a esperança verificou-se em relação à qualidade de vida que das 4 dimensões: o bem estar físico, o bem estar social/familiar, o bem estar emocional e o bem

estar funcional, todas as dimensões entraram no modelo de regressão, porém apenas uma (o bem estar funcional da escala da QDV) é preditora da esperança dos nossos participantes, pelo que excluimos as outras dimensões.

Neste sentido inferimos que apesar do bem estar funcional estar bastante comprometido, e de a maioria 73,9% não se sentir capaz de trabalhar em casa nem no trabalho, 50,0% sente prazer em viver e gosta de fazer coisas para se divertir, levando-nos a concluir que os participantes com maior bem-estar funcional são os que possuem maiores níveis de esperança. Neste sentido e indo ao encontro do referido por Pinto (2011), a esperança é uma dimensão interna da pessoa que lhe dá um reforço positivo, aconteça o que acontecer; é uma luz no horizonte, que a impele para o futuro e ajuda a viver para além do imediato. Esta correlação da esperança nos dois sentidos também pode ser analisada no nosso estudo.

No que respeita à qualidade do sono apurámos que 34,8% dos participantes apresenta uma atitude neutra ou seja não está satisfeito /nem insatisfeito; apenas 39,1% dos participantes alcança um sono reparador em 1 a 2 dias por semana; 52,2% desperta à hora habitual; 50,0% desperta entre 1 e 2 vezes por noite para urinar (47,8%) e a maioria (73,9%) raramente sente sonolência excessiva.

Para contornar e restabelecer um padrão de sono, é frequente os doentes tomarem medicação para dormir. Efectivamente, 65,2% dos inquiridos, toma entre 6 a 7 dias esse tipo de medicação. É de referir ainda que 45,7% dos participantes tem sono com qualidade, 34,8% percebe ter um sono sem qualidade e 15,2% classifica-o com qualidade moderada. Estes resultados entram em dissonância com o estudo realizado por Talhada (2012), em que 38,7% dos participantes apresentaram uma má qualidade do sono e 12 % apresentavam distúrbios do sono. Das 4 dimensões que entraram no modelo de regressão, apenas os fenómenos adversos do questionário do sono prediz a esperança dos utentes, em que e tendo em conta a capacidade preditiva bastante significativa ($p=0,035$) os participantes que apresentam mais fenómenos adversos são os que têm níveis de esperança mais baixos. Neste sentido podemos reconhecer uma associação positiva do sono com os níveis de esperança em que os doentes apresentam níveis de esperança mais elevados quanto melhor for o seu padrão de sono.

Face a estes resultados aceitamos apenas parcialmente a hipótese nº3 que formulámos, uma vez que só algumas das dimensões das escalas se mostraram preditivas da esperança dos Doentes que constituíram a nossa amostra. Sendo a mesma hipótese é rejeitada para as variáveis: bem-estar físico, bem-estar social/familiar e o bem-estar

emocional da QDV e para a satisfação subjetiva do sono, a insónia e a hipersónia da escala de sono de Oviedo.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, emergem consensos relativos à influência de vários fatores sobre a esperança dos doentes em contexto de cuidados continuados. De forma resumida e apesar de não existir relações estatisticamente significativas, podemos afirmar que quanto mais velhos são os sujeitos, menor é a sua esperança, que os homens apresentam níveis mais elevados de esperança, que a situação profissional assim como a escolaridade e rendimento mensal não influencia a esperança dos doentes. Em relação à tipologia que ingressam, bem como ao número de internamento anteriores, não existe uma influência direta dos mesmos nos níveis de esperança. Por último, verificamos que o Bem-estar funcional e os fenómenos adversos exercem alguma influência nos níveis de esperança dos doentes.

5. Conclusão

No contexto da nossa prática clínica, muitas vezes negligenciamos de forma inadvertida, o papel da esperança no modo como as pessoas vivenciam a doença. Com alguma frequência a banalizamos, reduzindo-a a meros chavões ou “slogans”, desperdiçando o seu poder terapêutico numa perspectiva holística de cuidados.

A esperança sendo uma força promotora da vida, é particularmente importante no confronto da pessoa com a doença, incurável ou não assim como as limitações que esta pode acarretar.

Tendo em conta a experiência profissional, diariamente deparamo-nos com um grau de exigência cada vez mais elevado por parte de quem cuidamos. É pela pesquisa e formação, que os profissionais têm possibilidade de aprofundar, aperfeiçoar e encontrar estratégias eficazes que possam facilitar a adaptação e aceitação da doença e consequentemente do internamento por parte do doente. A evidência científica evoca que uma esperança realista ajuda a pessoa a viver o tempo que resta da melhor forma possível.

A realização do presente estudo foi sem dúvida uma experiência extremamente positiva, sendo de destacar alguns aspectos, nomeadamente, e tendo em conta os resultados por nós obtidos, o impacto que a qualidade de vida, nomeadamente o bem-estar funcional e do padrão de sono poderá ter nos níveis de esperança aquando de um internamento nos cuidados continuados. Verificamos ainda que 45,7% dos participantes apresenta apenas um nível de esperança reduzida, contudo 56,5% consegue ver possibilidades nas dificuldades, 76,1% professa uma fé que lhe dá conforto e 50,0% consegue recordar tempos felizes e agradáveis.

Num trabalho de mestrado é frequente a existência de lacunas aquando da sua elaboração, dado que o tempo é exíguo e temos de adotar um caminho para procurar solucionar as nossas inquietações iniciais que levaram à execução do mesmo.

É de referir que uma das maiores dificuldades deste estudo residiu especificamente na pesquisa bibliográfica, uma vez que em Portugal não há conhecimento de estudos realizados neste âmbito, onde se possa ter uma base de alicerce. O facto da amostra ter um número reduzido o número de participantes, 46 doentes, o que não nos permite realizar uma generalização efetiva dos resultados e por último um fator predominante foi a inexperiência

do investigador que, com o caminho foi caminhando, mas encontrando sempre obstáculos e entraves, que procuramos ultrapassar e, com eles, fazer crescer a nossa satisfação com o trabalho produzido.

É importante reforçar que um estudo desta natureza nunca está terminado, podendo ser apresentada uma nova abordagem que lhe poderá dar continuação/ aprofundamento, nomeadamente com a utilização de amostras maiores e mais representativas da população de modo a podermos consolidar os resultados aqui apresentados de forma a serem estatisticamente significativos. Tais investigações poderão ser fundamentais para que possam ser adotadas estratégias por parte das equipas de modo a incluir e fomentar a esperança dos doentes durante o internamento quer em cuidados continuados, quer em meio hospitalar.

Relativamente aos Ganhos para a Profissão e para a Enfermagem considero a valorização da necessidade de prestar cuidados de índole não exclusivamente direccionadas para a reabilitação apenas da funcionalidade mas sim de forma holística. Atendendo às competências do enfermeiro de reabilitação e de acordo com o estipulado no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (DL, 2011) considera que o enfermeiro de reabilitação para além de ter como missão promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, não só com o intuito de manter as capacidades funcionais como também otimizar todas as outras dimensões. Ou seja, este deve atuar na saúde e na doença, de modo a maximizar o potencial funcional e de independência física, assim como, toda a componente emocional e social dos doentes, pois só assim poderemos realizar um trabalho completo e diferenciado e simultaneamente mais consciente e humanizado.

Por fim e entendendo que a esperança é um aspeto existencial que merece respeito e sensibilidade, a aposta em planos de formação para os profissionais de saúde, relativamente aos cuidados fomentadores de esperança, parece-nos um passo facilitador para cuidados promotores do alívio do sofrimento, no sentido da humanização dos cuidados. Além disso consideramos que a inclusão de temáticas relacionadas com a esperança no curriculum da Licenciatura em Enfermagem, poderá ser uma mais-valia no sentido de orientar a prática para o humanismo, no respeito pela dignidade da pessoa.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Acedido Março 24, 2016, em: <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Administração Central do Sistema de Saúde. Capacidade instalada, necessidades, tipologias e referenciação Cuidados Continuados Integrados em Portugal Continental - Abril 2014. (2014). Acedido Março 24, 2016, em: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/CCIfinal.pdf>.
- Andrade, A., Martins, R. (2011) Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* 40, pp. 185-199.
- Araújo, C., L., O., Ceolim, M., F., (2010) Qualidade do sono em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem universidade de São Paulo* 44 (3), pp. 619-26.
- Azevedo, Ana Lucia Soares de; Silva, Ricardo Azevedo da; Tomasi, Elaine and Quevedo, Luciana de Ávila. Doenças crónicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9, pp.1774-1782. ISSN 0102-311X. Acedido em Março 24, 2016 em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134812>.
- Barbosa, António – A Espiritualidade. *In: Manual de Cuidados Paliativos / 2ª ed.* António Barbosa, Isabel Galriça Neto. - Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, 2010. p. 595-659.
- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo a nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), pp. 188-196.
- Barros de Oliveira, J. H. (2010) *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Lisboa, Livpsic Editora. ISBN 9789898148414.
- Bobes, J. G. [et al.] (2000) Propriedades psicométricas del cuestionário Oviedo de Sueño. *Psicotherma* [Em linha]. 12:1107-12. [Consult. 12 Julho 2010]. Disponível em [www: http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf](http://www.psicothema.com/pdf/260.pdf).

- Camargo, *Eleida Pereira de*. Qualidade do sono: mais qualidade de vida e saúde para a população. Article in *Revista Neurociências* 23(02):163-164 · June 2015 with 2 Reads. DOI: 10.4181/RNC.2015.23.02.editorial998-1012.2p.
- Campana, A. (2001) *Investigação científica na área médica*. São Paulo.
- Campolina, A., G., dini, P. S., Ciconelli, R., M. (2011) Impacto da doença crónica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil) *Ciência e Saúde Coletiva* 16(6), pp. 2919-2925.
- Canãdas, I., sánchez, A. (1998). Categorias de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10(3).
- Carpenito, Lynda Juall.(2011). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 13ª Edição, Artmed Editora.
- Castro, M. [et al.] (2003) - Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 49, nº 3, p. 245-249.
- Cavaco, V., S., J., José, H., M., G., Louro, S., P., R., L., P., Ludgero, A., F., A., Martins., A., F., M., Glauss dos Santos, M., C., Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?- Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência II Série* nº12 pp. 93-103.
- Cella, D. F. (1997) - *Manual of the functional assessment of chronic illness therapy (facit scales) versão 4*. Center on Outcomes, Research & Education. Northwestern Healthcare and Northwestern University.
- Coelho, A., T., Lorenzini, L., M., Suda, E., Rossini, S., Reimão, R., (2010) Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. *São Paulo: Neurobiologia* 73 (1).
- Comissão Europeia (2010). *Envelhecimento - Acção da UE, Saúde Pública*. Acedido Abril 1, 2016 em http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_pt.htm.
- Correia, F., R., Prado De Carlo, M., M., R. (2012) Avaliação de qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 20 (2).
- Costa, S. Ceolim, M., F., (2013) Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo* 47 (1), pp. 46-52.

- Cruz, A. L. S. (2015) Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real. Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Bragança Escola de Saúde.
- Diário da República, (18 de Fevereiro de 2011) Decreto- lei Nº 125/2011, 2ª Série – Nº35.
- Diário da República, (28 de Julho de 2015) Decreto- lei Nº 136/2015, 1ª Série – Nº145.
- Diário da República, (6 de Junho de 2006) Decreto- lei Nº 101/2006, 1ª Série – Nº109.
- Dias, A. S. S. (2012) Referenciação para unidades de internamento de cuidados paliativos portugueses: Quando? Quem? E porquê? Tese de Mestrado Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Dias, E. M.; Ribeiro, J. P. (2014). Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes na reabilitação pós-avc. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 201-218. Acedido abril 1, 2016 em <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150117>.
- Direção Geral Da Saúde (2014) Portugal idade maior em números: A saúde da população portuguesa com 64 ou mais anos de idade.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2014). *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*. Viseu: Autor. Acedido em http://www.essv.ipv.pt/images/pdf/Uinvestigacao/Guia_Trabalhos_Escritos_CTC_3_6_2014.pdf.
- Farias, G. M. S. (2011) Qualidade de vida da pessoa com DPOC. Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Viseu Escola de Saúde.
- Fernandes, R. (2006). O sono normal. Medicina, Ribeirão Preto. Vol 39.
- Figueiredo, S. G. (2012) Tese de Mestrado: Perturbações do sono e a qualidade de vida do doente hipertenso. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde.
- Fortin, M. F. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2009) O processo de investigação, da concepção à realização. (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Gaspar, S. M. C. (2013) Construindo laços de esperança num cuidar especializado ao doente em situação crítica. Tese de Mestrado Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Gleitman, H. (2002) *Psicologia* (5ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guimarães, A. C. (2013) Identificação de hábitos de sono, compreensão do sono e rotinas de sono em crianças de idade escola. Tese de Mestrado Universidade de Lisboa.
- Herth, K. (1992), Abbreviated Instrument to measure Hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 17 pp. 1251-1259.
- Hill & Hill.(2005) – Investigação por Questionário. Lisboa Edições Sílabo.
- Hout, R. (2002) *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Instituto da Segurança Social (2014). Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido Março 24, 2016, em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci.
- Instituto da Segurança Social (2015). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido Março 24, 2016, em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci.
- Instituto Nacional de Administração. (2009). Estudo de caracterização dos utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Relatório final. Acedido Março 24, 2016, em <http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/705/RelatorioFinalCaracterizacaoUtentesRNCCI.pdf>.
- Isabel, S., Horácio, C., & Catariba, P. (2011). Identificar necessidades de formação em Cuidados Continuados Integrados. Tese de Mestrado Faculdade de ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa.
- Leal, Carla Manuela da Silva (2008). Reavaliar o conceito de qualidade de vida. Universidade dos açores.
- Lopes M. (coord.), Mendes F., Escoval A., Agostinho M., Vieira C., Vieira I., Souza C., Cardoso S., Fonseca A., Novas V., Eliseu G., Serra I. & Morais C. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016- Cuidados Continuados em Portugal: analisando o Presente, perspetivando o futuro. Acedido Março 24, 2016, em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>.
- Lopes, V. A. P. (2009) *Vivências Psicológicas, Questões Existenciais e Estratégias de Coping, na Pessoa em Situação de Cuidados Paliativos*. Tese de Mestrado Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Maroco, J. – Análise Estatística: Com utilização do SPSS. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.
- Martins, R. M. L., Mestre, M. A. (2014) Esperança e qualidade de vida em idosos. Instituto Politécnico de Viseu Escola de Saúde. *Millenium* 47, pp. 153-162.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mestre, M. A. G. (2011) Tese de Mestrado: A esperança e qualidade de vida na terceira idade. Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.
- Moraitou, D.; Kolovou, C.; Papasozomenou, C. & Paschoula, C. (2006). Hope and adaptation to old age : their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*.
- Moreno, T. (2012). Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos. Tese de mestrado, Universidade de Lisboa.
- Oliveira, J. G. (2010) Terapia de Esperança: uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados. Tese de Mestrado Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2009.
- Ordem dos Enfermeiros. Cuidar - Projectos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Centro. 2015.
- Organização Mundial De Saúde [OMS] (1998). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Acedido Março 28, 2016, em Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.
- Parker-Oliver, Debra – **Redefining hope for the terminally ill**. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. Vol. 19, nº 2, 2002. p.115-120.
- Pascoal, J. M. S. (2010) Viver a esperança: Necessidades da Pessoa com Doença Oncológica. Tese de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pereira, A. R. S. (2013). Hábitos de sono em estudantes universitários. Tese de mestrado Universidade Fernando Pessoa.
- Pereira, F. & Santos, C. (2011) Estudo de adaptação cultural e validação da *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência III Série* nº5 pp. 45-54.

- Pinto, C. A. S.; Pais-Ribeiro, J. L. (2007) Sobrevivente de Cancro: uma outra realidade! Revista Texto Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1):142-8. Acedido Março 24, 2016, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a18v16n1.pdf>.
- Pinto, S. M. O. (2011) A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica. Tese de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J., C. (2012) A esperança da pessoa com cancro- estudo em contexto de quimioterapia Revista de Enfermagem Referência III Série nº7 pp. 23-31.
- Polit, D. F.; Beck, C.T.; Hungler, B. P. (2004) Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Prior, L., M., R. (2011) A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos. Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Viseu Escola de Saúde.
- Querido, A. I. F. (2005) Esperança em cuidados paliativos. Tese de Mestrado Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa.
- Ramos, C. S. A. (2013) A Esperança e o Sofrimento no Doente Oncológico Paliativo. Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ravagnani, J. S., Crivelaro, P. M. S. (2010) Qualidade de sono e percepção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Monografia Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* de São Paulo.
- Rede Nacional Para Os Cuidados Continuados Integrados – Guia (RNCCI) (2009). Lisboa.
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2015. (2015). Acedido Março 24, 2016, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20da%20RNCCI_%201.%C2%BA%20Semestre%202015.pdf.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Ritter, A. L. F. R. (2011) Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade. Tese de mestrado Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de la investigación*. 3ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana.

- Santos, E.; Coco, D.; Silva, J.; Silva, T.; Santana, P.; Andrade, V.; Santos, V. Atuação Do Enfermeiro Na Promoção Da Qualidade De Vida Na Terceira Idade Segundo Produções Científicas Brasileiras. *Revista Augustus*, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 18, ago. 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/196>>. Acesso em: 27 Mar. 2016.
- Silva, M. F. (2015) Determinantes da Qualidade do Sono em Estudantes de Enfermagem. Tese de Mestrado Instituto Politécnico de Viseu Escola de Saúde.
- Silva, M. M. P. (2014) Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes, cuidadores e profissionais. Tese de Mestrado Universidade de Coimbra Faculdade de Economia.
- Soares de Azevedo, A. L., Azevedo da Silva, R., Tomasi, E., Quevedo, L. A. (2013) Doenças crónicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 29 (9), pp. 1774-1782.
- Soares, A. – O sono: efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa: Lidel, 2010. 98 p. ISBN 978-972-757-663-0.
- Talhada, L. C. R. M. (2012) Qualidade do sono, saúde e estilos de vida. Tese de Mestrado Universidade da Beira Interior.
- Tavares, J. P., & Silva, A. L. (2010). Barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas: Percepções de enfermeiros (as). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (1), 17-28. doi: 10.12707/R110924. Acedido em Março 23, 2016 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000115&pid=S0874-0283201500060001000014&lng=pt.
- The WHOQOL Group (1995) The World Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, Novembro, 41(10), pp. 1403-9.
- The WHOQOL Group (1998) The World Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, Junho, 46(12), pp. 1569-85.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização e cuidados continuados integrados. Acedido Fevereiro 17, 2014, em http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ori_2007.pdf.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). Modelo de Referenciação dos Utentes. Acedido Fevereiro 17, 2014, Acedido em http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009__corrigido.pdf.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua. Acedido Março 24, 2016, em <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>.

Unidade de Missão para os Cuidados de Continuados Integrados – Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Acedido Março 24, 2016, em <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relatorio%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20RNCCI%202012.pdf>.

Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados Paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, pp. 607-616.

Wahl, A. K., Rustoen, T., Lerdal, A., Hanestad, B. R., Knudsen, O. J. R., Moum, T. (2004) The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. *Palliative & Supportive Care*. Vol. 2, nº 3, pp. 255-263.

ANEXO I - Instrumento de Recolha de Dados

APENDICE I**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

Investigador Colaborador: Micaela Garcia Domingues

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

“A Esperança dos Doentes em Contexto de Cuidados Continuados”.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**ESCLARECIMENTO PRÉVIO**

Caro(a) Senhor(a)/ utente:

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar níveis de esperança nestes Doentes assim como identificar determinantes socio-demográficos, clínicas e psicossociais associados a essa esperança.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade, não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Viseu, abril de 2016

Pela Equipa de Investigação

Secção I – Caracterização Sócio-Demográfica

1. **Género:** 1 Masculino

2 Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Distrito:** _____

4. **Zona de Residência:**

1 Rural

2 Urbano

5. **Estado civil:** 1 Casado/União de Facto

2 Solteiro

3 Viúvo

4 Divorciado

5 Outro _____

6. **Escolaridade:** 1 Sem escolaridade

2 Sabe ler e escrever

3 1º Ciclo de ensino básico (4ª classe)

4 2º Ciclo do ensino básico (6º ano)

5 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)

6 Ensino secundário (12º ano)

7 Ensino superior

8 Outro (especifique) _____

7. **Profissão:** _____

8. **Situação Profissional:**

1 Empregado(a)

2 Desempregado(a)

3 Reformado(a)

4 Outra (especifique) _____

9. Rendimento Familiar Mensal Corresponde:

- 1 Ao ordenado mínimo Nacional
- 2 Duas vezes o ordenado mínimo Nacional
- 3 Três vezes o ordenado mínimo Nacional
- 4 Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional
- 5 Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional

Secção II – Caracterização Clínica

1. Valência de Internamento:

- 1 Unidade de Média Duração e Reabilitação
- 2 Unidade de Longa Duração e Manutenção

2. Internamento anteriores

- 1 Sim
- 2 Não

Se sim, quantos _____

3. Diagnóstico Atual: _____**4. Motivo de Internamento:**

- 1 Reabilitação Funcional
- 2 Reabilitação Cognitiva
- 3 Reabilitação Cutânea
- 4 Descanso Cuidador
- 5 Outras (especifique): _____

5. Antecedentes Pessoais:

- 1 Alcoolismo
- 2 HTA
- 3 Diabetes Mellitus
- 4 Outras (especifique): _____

Secção III – ESCALAS

Escala da Esperança (Herth- HHI-PT)

Nº Item	Conteúdo do item	“1” “Discordo Totalmente”	“2” “Discordo”	“3” “Concordo”	“4” “Concordo Totalmente”
1.	Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2.	Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3.	Sinto-me completamente só.				
4.	Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
5.	Tenho uma fé que me dá conforto.				
6.	Tenho medo do meu futuro.				
7.	Consigo recordar tempos felizes e agradáveis.				
8.	Tenho uma profunda força interior.				
9.	Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
10.	A minha vida tem um rumo.				
11.	Acredito que cada dia tem potencial.				
12.	Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

Qualidade de Vida - Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) versão 4, de Cella et al, (1993)
adaptado por Pereira & Santos (2011)

Nº Item	Conteúdo do item	"0" Nem um Pouco	"1" Um Pouco	"2" Nem Pouco, Nem Muito (indeciso)	"3" Muito	"4" Muitíssimo
Bem-estar Físico						
1.	GP1- Estou sem energia					
2.	GP2- Fico enjoado					
3.	GP3- Por causa do meu estado físico tenho dificuldades em atender às necessidades da minha família					
4.	GP4- Tenho dores					
5.	GP5- Sinto-me incomodado pelos efeitos secundários do tratamento					
6.	GP6- Sinto-me doente					
7.	GP7- Tenho que me deitar durante o dia					
Bem-estar Social /Familiar						
8.	GS1- Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos					
9.	GS2- Recebo apoio emocional da família					
10.	GS3- Recebo apoio emocional dos meus amigos					
11.	GS4- A minha família aceita a minha doença					
12.	GS5- Estou satisfeito como a maneira como a minha família fala sobre a minha doença					
13.	GS6- Sinto-me próximo do (a) meu (minha) parceiro(a) ou da pessoa que me dá apoio					
14.	GS7- Estou satisfeito com a minha vida sexual					
Bem-estar Emocional						
15.	GE1- Sinto-me triste					
16.	GE2- Estou satisfeito como enfrento a minha doença					
17.	GE3- Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença					
18.	GE4- Sinto-me nervoso					
19.	GE5- Estou preocupado com a ideia de morrer					
20.	GE6- Estou preocupado que o meu estado venha a piorar					
Bem-estar Funcional						
21.	GF1- Sou capaz de trabalhar em casa					
22.	GF2- Sinto-me realizado com o meu trabalho					
23.	GF3- Sou capaz de sentir prazer em viver					
24.	GF4- aceito a minha doença					
25.	GF5- Durmo bem					
26.	GF6 Gosto de coisas que faço para me divertir					
27.	GF7- estou satisfeito com a minha qualidade de vida					

Questionário de Sono de Oviedo (QSO)

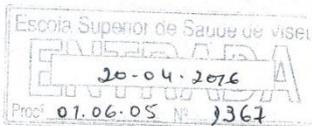
Neste questionário existem várias questões. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas e assinale a resposta que mais se adequa ao que sentiu no último mês.

1 - Qual a satisfação com o estado do seu sono?	Muito Insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Quantos dias da semana tem tido dificuldade para:	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
2.1) Conciliar o sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.2) Permanecer sonolento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.3) Alcançar um sono reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.4) Despertar à hora habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.5) Excessiva sonolência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 - Quanto tempo demora a adormecer depois de o tentar?	10-15 min	16-30 min	31-45 min	46-60 min	+ 60 min		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4 -Quantas vezes desperta durante a noite?	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	Mais 3		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se normalmente desperta, pensa que se deve a				Dor	Urinar	Ruído	Outro
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Tem notado que desperta antes do habitual? Se sim, quanto tempo antes?	Desperto como sempre	Meia hora antes	1 hora antes	1-2 horas antes	Mais 2 horas antes		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6 - Eficiência do sono (horas dormidas/ horas na cama). Em termos médios, quantas horas tem dormido cada noite? Quantas horas tem permanecido habitualmente na cama?	91-100%	81-100%	71-80%	61-70%	60% ou menos		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7 - Quantos dias por semana têm estado preocupado ou tem notado cansaço ou diminuição no funcionamento sócio-laboral por não ter dormido bem na noite anterior?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8 - Quantos dias da semana se têm sentido demasiado sonolento, deixando-se dormir durante o dia ou dormindo mais que o habitual à noite?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9 - Se se tem sentido com demasiado sono durante o dia ou tem períodos de sono diurno, quantos dias da semana tem estado preocupado ou tem notado diminuição no seu funcionamento sócio-laboral por esse motivo?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10 - Quantos dias da semana têm, ou têm-lhe dito que tem:	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	1- Ressonado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Ressonado com falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- Movimentos das pernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- Pesadelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- Outros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 - Durante quantos dias por semana tem tomado fármacos para dormir ou utilizado qualquer outro remédio prescrito ou não para o (a) ajudar a dormir?	Nenhum	1-2 dias	3 dias	4-5 dias	6-7 dias		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

O preenchimento do questionário chegou ao fim.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

ANEXO II - Autorizações



À
Escola Superior de Saúde de Viseu
A/C Exmo. Sr. Dr. Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes
de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

V/Ref. ESSV 0289
Data: 05-abr-16
N/ Ref. 164/2016
Data: 2016/04/14

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

Exmos. Senhores

Acusamos a recepção do ofício de V. Exa. e que mereceu a nossa melhor atenção.

Informamos que a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Seia autoriza a recolha de dados/ informações, por parte da estudante Micaela Garcia Domingues, no período de 10 a 30 de abril de 2016, na Unidade de Média Duração e Reabilitação desta Instituição, no âmbito da unidade curricular de Investigação do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Com os melhores cumprimentos nos subscrevemos.

De V. Exas.
Atenciosamente,
O Provedor

Alcides Henriques
(Alcides Henriques, Dr.)

/SM

ANEXO III - Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

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

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 4ª Edição a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “A Esperança dos Doentes em Contexto de Cuidados Continuados”. e cujo objectivo principal é avaliar níveis de esperança nestes Doentes assim como identificar determinantes socio-demográficos, clínicas e psicossociais associados a essa esperança. 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 (a) questionário.

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

- *Declaro ter compreendido os 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),

Data:

Nome:

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD n.º: _____, data/validade

Morada:

- a. Grau de parentesco ou tipo de representação:

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

Nome do investigador Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins e Micaela Garcia Domingues

Assinatura _____

ANEXO IV - Parecer da Comissão de Ética



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

PARECER

Nº 10/2016

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "A ESPERANÇA EM DOENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS"

Tendo a estudante **Micaela Garcia Domingues** do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola superior de Saúde de Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, solicitado parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do referido curso, incluindo como participantes os utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Seia, nas valências de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para avaliar os níveis de esperança nestes doentes, assim como identificar determinantes sociodemográficos, clínicos e psicossociais associadas a essa esperança e, desenvolver níveis de esperança nos doentes, para que possam lidar de forma mais eficaz com as incertezas do futuro;
- Considerando que a participação dos sujeitos no estudo, consiste no preenchimento de um questionário pelos doentes que aceitem participar no mesmo, de forma voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos;
- Considerando ainda que os dados a colher não são considerados sensíveis;

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, 14 Abril de 2016

 José Luís Gomes

O Relator

Fátima Júlia Barbosa Alves

A presidente da CE da ESSV

REMETER AO
 INTERESSADO

18/4/2016