



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CLIENTES ALVO DOS  
CUIDADOS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO  
AUTÓNOMA DA MADEIRA:  
Um Estudo Quantitativo de Caracterização**

**Nilda Patrícia Santos Teles**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de  
Reabilitação**

**Funchal**

**2020**





Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

**Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CLIENTES ALVO DOS  
CUIDADOS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO  
AUTÓNOMA DA MADEIRA:  
Um Estudo Quantitativo de Caracterização**

**Nilda Patrícia Santos Teles**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bruna Ornelas de Gouveia**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de  
Reabilitação**

**Funchal**

**2020**



*“All nurses can save lives, Rehab nurses save the Quality of life”*

Laura Solkowitz



## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação aos meus pais e irmãos, que são as pessoas que mais amo. Foram os que mais sentiram a minha falta durante estes dois anos de trabalho árduo e foram também os que mais me apoiaram, não só durante este processo, mas também ao longo de toda a vida.



## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, na pessoa da sua diretora Prof. Doutora Merícia Bettencourt, pela qualidade do ensino prestado que permitiu a aquisição e competências necessárias para a conclusão do mestrado.

À Prof. Doutora Bruna Gouveia, coordenadora do Curso de Mestrado e orientadora desta dissertação, pelos seus ensinamentos ao longo de todo o curso e pelo acompanhamento e orientação durante este trabalho de investigação, essenciais para o sucesso da mesma.

A todos os professores envolvidos neste mestrado, por todos os ensinamentos ao longo do curso. Um agradecimento especial à Professora Arlinda Oliveira e ao Professor Emanuel Gouveia, pelos ensinamentos e pela amizade. Um agradecimento também ao Prof. Doutor Rúbio Gouveia que, juntamente com a orientadora Prof. Doutora Bruna Gouveia, colaborou no tratamento de dados indispensável a esta investigação.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que me acompanharam ao longo dos ensinamentos clínicos, que de forma atenciosa se disponibilizaram para transmitir conhecimentos, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional.

A todos os restantes enfermeiros especialistas que se encontram a desempenhar funções na Região Autónoma da Madeira, pela disponibilidade que demonstraram para colaborar neste estudo de investigação.

A todos os utentes que, de igual modo, se disponibilizaram a responder aos questionários, fundamentais nesta investigação.

À Enfermeira Carmo Félix, enfermeira chefe dos lares da Segurança Social do Funchal, que desde logo se disponibilizou a facilitar os horários, contributo determinante para o sucesso deste mestrado.

Às colegas de trabalho do Lar Santa Isabel que também contribuíram para que fosse possível conciliar o exercício profissional com os compromissos inerentes a este mestrado, e por todo o apoio que manifestaram durante este processo.

Ao Enfermeiro João Luís Rodrigues, enfermeiro chefe do serviço de Medicina 4º Piso Nascente do Hospital dos Marmeleiros, e restantes colegas de serviço que, nesta reta final, também manifestaram o seu apoio.

Aos colegas de Mestrado, pelo companheirismo, pela troca de conhecimentos ao longo do curso, mas sobretudo pelas amizades que aqui nasceram e que decerto perdurarão.

A toda a minha família e amigos, por todo o apoio que sempre, e de forma incondicional, demonstraram.

A todos eles, o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

**Enquadramento:** Qualidade de Vida (QV) consiste na perceção da própria pessoa em relação à sua posição na vida, cultura e valores pessoais, considerando os seus objetivos, expectativas e preocupações. É influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e ambiente envolvente.

**Objetivo:** Caracterizar a QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da Região Autónoma da Madeira (RAM), tendo em conta o género e a idade. Identificar diferenças relacionadas com o género e a idade.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico. A amostra incluiu todos os clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de saúde da RAM, à data do recrutamento. Foram excluídos clientes com défice cognitivo, através do *Mini Mental State Test Examination* (MMSTE). A QV foi avaliada com recurso ao questionário *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (SF-36). Foram colhidos dados socio-demográficos e de saúde, através de questionário de caracterização. Os dados foram tratados com recurso ao programa SPSS, versão 25.

**Resultados:** O questionário SF-36 foi aplicado a 228 clientes, dos quais 28 (12,3%) são homens adultos (score SF36=341,6); 37 (16,2%) são homens idosos (score SF36=289,6); 69 (30,3%) são mulheres adultas (score SF36=367,4); e 94 (41,2%) são mulheres idosas (score SF36=273,9).

Quanto ao score de QV, não foram verificadas diferenças com significado estatístico entre homens e mulheres.

No grupo das mulheres, identificaram-se diferenças com significado estatístico entre adultas e idosas, nas dimensões função física, desempenho físico, funcionamento social e desempenho emocional; nas componentes física e mental e no score total da QV. Nos homens, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre adultos e idosos, apenas na dimensão desempenho físico.

**Conclusão:** Em clientes alvo dos cuidados de reabilitação, o nível de QV não difere entre homens e mulheres e é mais baixa na idade mais avançada.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Saúde; Enfermagem de Reabilitação.



## ABSTRACT

**Background:** Quality of life (QoL) consists in the person's own perception in relation to its life, culture and personal values, considering its own objectives, expectations and concerns. It's influenced by its physical health, psychological state, independence level, personal beliefs and surrounding environment.

**Aim:** Characterize the QoL of the patients receiving rehabilitation care from the Autonomous Region of Madeira (ARM), considering gender and age. Identify differences related to gender and age.

**Methodology:** It is a qualitative study, descriptive and analytical. The sample includes all clients receiving rehabilitation nursing care in the health service of ARM until the recruitment date. Clients with cognitive deficit were excluded through the *Mini Mental State Test Examination* (MMSTE). The QoL was evaluated with the aid of the *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (SF-36) questionnaire. There were collected social-demographical and health data through a questionnaire of characterization. Data was processed using the program SPSS, version 25.

**Results:** The questionnaire SF-36 was applied to 228 clients, from which 28 (12,3%) were adult male (QoL score=341,6); 37 (16,2%) are elderly male (QoL score=289,6); 69 (30,3%) are adult female (QoL score=367,4); and 94 (41,2%) are elderly female (QoL score=273,9). In relation to the QoL score there weren't verified any statistical difference between male and female.

In the female group, there were identified statistical difference between adult and elderly, in the dimensions of Physical Function, Physical Performance, Social Behaviour and Emotional Performance; in the physical and mental components and in the total QoL score. In male there were recognized significant statistical differences between adults and elderly, only in the Physical Performance sphere.

**Conclusion:** In clients receiving rehabilitation care, the QoL level was not different between males or females, however it was lower in older age.

**Keywords:** Quality of Life; Health; Rehabilitation Nursing.



## **LISTA DE SIGLAS**

APA - *American Psychological Association*

AVD's - Atividades de Vida Diária

COOP/WONCA - *Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project/World Organization of National Colleges, Academies and Academic*

DM - Diabetes Mellitus

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ER-RAM - Enfermagem de Reabilitação – Região Autónoma da Madeira

ESESJCluny - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

IDNR - Número de identificação

IMC - Índice de Massa Corporal

IQOLA - *International Quality of Life Assessment*

MMSTE - *Mini Mental State Test Examination* ou Mini Exame do Estado Mental

SF - 36 - *Medical Outcome Study 36-item Short Form*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde/ *World Health Organization*

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RAM - Região Autónoma da Madeira

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO DO ESTUDO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1. Enquadramento Concetual</b> .....	<b>18</b>
1.1.1. Saúde.....	18
1.1.2. Qualidade de Vida .....	20
1.1.3. Avaliação da Qualidade de Vida .....	22
1.1.4. A Enfermagem de Reabilitação e a Qualidade de vida .....	23
<b>1.2. Qualidade de Vida: Que estudos existem?</b> .....	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO II – METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
<b>2.1. Tipo de Estudo</b> .....	<b>37</b>
<b>2.2. População-alvo e Amostra</b> .....	<b>37</b>
<b>2.3. Variáveis e Instrumentos</b> .....	<b>39</b>
2.3.1. Variáveis de Atributo.....	39
2.3.2. Variáveis Independentes .....	40
2.3.3. Variáveis Dependentes.....	40
2.3.3.a. <i>Mini Mental State Test Examination</i> .....	40
2.3.3.b. <i>Medical Outcome Study 36–item Short Form</i> .....	41
<b>2.4. Procedimento</b> .....	<b>45</b>
<b>2.5. Métodos estatísticos</b> .....	<b>46</b>
<b>2.6. Considerações éticas</b> .....	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>57</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>73</b>

## **ANEXOS**

Anexo A - Mini Mental State Test Examination (MMSTE).....	ii
Anexo B - Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF - 36) .....	vi
Anexo C – Autorização da Comissão de Ética do SESARAM.....	x

## **APÊNDICES**

Apêndice A – Questionário de Caracterização Socio-Demográfica.....	xiv
Apêndice B – Folha de Informação ao Participante .....	xviii
Apêndice C – Documento de Consentimento Informado .....	xxi

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com status cognitivo, género e intervalos etários .....	51
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as características socio-demográficas .....	52
Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com os antecedentes pessoais .....	53
Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com o motivo de procura dos cuidados de reabilitação .....	54
Tabela 5 - Valores de teste de hipótese para identificar diferenças de idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e MMSTE entre grupos definidos pelas classes etárias e pelo género.....	55
Tabela 6 - Valores de teste de hipótese para identificar diferenças no nível de QV entre grupos definidos pelas classes etárias e pelo género.....	56

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do fluxo de participantes .....	38
Figura 2 - Itens que constituem cada uma das dimensões do SF-36 e valores que integram o algoritmo da fórmula de conversão em notas de “0” a “100” .....	44

## **INTRODUÇÃO**

Este relatório de investigação consiste numa dissertação de mestrado, proposta à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJCluny), com vista a obtenção do Grau de Mestre. Esta investigação tem como tópico central a Qualidade de Vida (QV) e insere-se num projeto intitulado por “Enfermagem de Reabilitação – Região Autónoma da Madeira” (ER-RAM), coordenado pela Prof. Doutora Bruna Ornelas de Gouveia, envolvendo os mestrandos do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESESJCluny. No âmbito deste projeto foram estudadas várias problemáticas na área da Enfermagem de Reabilitação (ER), reportando-se ao contexto da Região Autónoma da Madeira (RAM).

O presente estudo tem como tema principal, a Qualidade de Vida. A escolha por este tema surgiu após a realização de uma pesquisa global sobre os temas estudados na área da ER. Entre o elevado número de temas que surgiram, a QV foi aquela que despertou maior interesse devido à sua pertinência para a ER. Existe também um interesse pessoal por este tema, pois nos cuidados de saúde trabalha-se para se obter o maior nível de QV possível. Mesmo a nível dos cuidados paliativos, em que a cura já não é expectável, o objetivo é intervir perante o sofrimento dos clientes irreversíveis, de modo a permitir a melhor QV possível e promover a dignidade (Neto, 2014).

Desta forma, e sendo o mestrado na área da ER e realizado na RAM (sendo também este o local do exercício profissional), o problema central de investigação é então a “Qualidade de Vida dos Clientes alvo de Cuidados de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira”.

Na mesma ordem de ideias, foram formulados os seguintes objetivos da investigação: (1) caracterizar a QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da Região Autónoma da Madeira, tendo em conta o género e a idade; e (2) identificar diferenças relacionadas com o género e idade.

Será então considerada a seguinte questão de investigação: “Qual o nível de Qualidade de Vida dos Clientes alvo de Cuidados de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira?”

Considerando o segundo objetivo, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação: (1) Indivíduos do género masculino apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida associada à saúde, quando comparado com o género feminino. (2)

Indivíduos idosos apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida associada à saúde, quando comparados com indivíduos adultos.

Este relatório de investigação encontra-se estruturado em quatro grandes capítulos, além da Introdução e Conclusão: O Enquadramento do Estudo, a Metodologia, a Apresentação dos Resultados e, por fim, a Discussão dos Resultados.

Foram utilizadas as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição para a apresentação do trabalho e a *guidline STROBE* para a estrutura do mesmo.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO DO ESTUDO**



A QV constitui uma importante medida de impacto em saúde, pelo que tem sido vastamente utilizado por profissionais de saúde, investigadores, economistas, administradores e até políticos (Campos & Neto, 2008). Inicialmente, era estudada essencialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos. No entanto, com o passar dos anos, também os profissionais de saúde se têm preocupado com este conceito, não se restringindo apenas com o controle dos sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da esperança média de vida (Fleck et al., 1999).

No caso específico da ER, a QV assume um papel particularmente importante pois constitui um dos grandes objetivos da intervenção de ER (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). Consta no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que este profissional “Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (OE, 2019, p. 13566). Deste modo, a ER apresenta um papel importante na promoção da QV dos clientes. A QV representa também um dos indicadores de avaliação dos cuidados de ER (OE, 2019) pelo que a sua avaliação é fundamental, de modo a se avaliar a evolução dos cuidados, no que diz respeito aos ganhos em saúde.

Em termos sociais, este tema também apresenta especial relevo. Portugal possui uma população envelhecida, sendo que 21% da população portuguesa apresenta 65 ou mais anos, e um milhão de portugueses tem idade igual ou superior a 75 anos (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2018). Deste modo, Farenzena, Argimon, Moriguchi e Portuguez (2007), consideram relevante o estudo da qualidade de vida na pessoa idosa.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) menciona que o envelhecimento deve ser vivido de forma ativa, sendo que não associa o termo “ativo” apenas à capacidade de estar fisicamente ativo, referindo-se também a uma participação contínua na vida económica, social, cultural, espiritual e civil. O envelhecimento ativo tem como objetivo “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, pag. 13). À medida que uma pessoa vai envelhecendo, a sua QV é amplamente influenciada pela manutenção, ou não, da autonomia e da independência (OMS, 2005).

Considerando o significado clínico, mas também a carência de estudos que abordem a QV em clientes alvo dos cuidados de reabilitação, a presente investigação reveste-se de grande pertinência, produzindo conhecimento útil para a prática de ER e um ponto de partida para investigações futuras focadas na eficácia da intervenção do EEER. Uma vez que não

foi encontrado nenhum trabalho de investigação que caracterize a QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da RAM, este trata-se de um estudo de grande relevo para a profissão e, particularmente para a ER.

## **1.1. Enquadramento Concetual**

Neste ponto serão abordados os conceitos centrais desta investigação, nomeadamente a Saúde, a Qualidade de Vida e a Enfermagem de Reabilitação, assim como a relação entre os mesmos.

### **1.1.1. Saúde**

No passado, a saúde era vista como o oposto ou ausência de doença. Contudo, atualmente sabe-se que é possível considerar a existência de saúde em situações intermédias de saúde e doença, sendo que saúde e bem-estar não se tratam apenas como a ausência de doença nem outra alteração da saúde (Potter, 2003). Este autor refere ainda que o estado de saúde de uma pessoa depende de vários aspetos como valores individuais, da personalidade e do estilo de vida.

Porém, muitas outras definições de saúde ou de estado de saúde são identificadas na literatura. Potter (2003) refere mesmo que é difícil definir o conceito de saúde uma vez que cada pessoa tem uma ideia própria da mesma.

A Carta da constituição da OMS (1946) enuncia que *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”* (p. 1).

Em 1978, através da conferência de Alma-Ata, foi estabelecida a importância da saúde, designando-a como *“um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, além do setor saúde”* (OMS, 1978, p. 1).

Outro momento de grande relevo para a Saúde foi a Primeira Conferência sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, em 1986. Nesta conferência ficou estabelecido que *“A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver”* (OMS, 1986, p.1) e que a promoção da saúde *“vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”*. Deste modo, foram designados os seguintes recursos fundamentais para a saúde: Paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

Ribeiro (2005) considera que a saúde se trata do estado habitual das pessoas, estando subjacente à capacidade que estas apresentam para cumprir as suas Atividades de Vida Diária (AVD's). Considera ainda que é a saúde que exprime o nível de bem-estar, bem como de funcionalidade e que se manifesta a nível físico, mental e social pois engloba aspetos destas três áreas interdependentes. A saúde define-se pelo bem-estar que resulta da perceção que a pessoa tem de si própria. Engloba a energia disponível para satisfazer as exigências do dia-a-dia com sucesso e para que haja um sentimento de equilíbrio e harmonia, sendo que a saúde fica afetada quando esta energia não é suficiente para tal.

A saúde era, inicialmente, centrada no indivíduo. Contudo, com o passar dos anos, já não se considera apenas o indivíduo isolado, ou seja, a saúde não depende apenas do próprio sujeito (Ribeiro, 2005a). Deste modo, é ultrapassada a ideia de que a saúde resulta unicamente de comportamentos individuais, de ações médicas ou de serviços de saúde, sendo necessário um equilíbrio entre estes fatores (Da Silva, 2002).

A OMS (2013), num documento sobre a Saúde 2020, considera a saúde como um dos recursos sociais mais valioso importante pois a “boa saúde” traz benefícios em todos os setores e toda a sociedade, sendo fundamental para o desenvolvimento económico e social. Da mesma forma, uma saúde débil reduz o potencial, causa desespero e desperdiça recursos em todos os setores. A OMS, neste mesmo documento, tenta mostrar que a saúde e a economia encontram-se interligadas, sendo que as sociedades prósperas fazem com que as pessoas sejam mais saudáveis, e as políticas que reconheçam isso acabam por ter maior impacto. Quer isto dizer que um justo acesso à educação, trabalho, moradia e renda contribuem para a saúde da população e, conseqüentemente, a saúde contribui para o aumento da produtividade, para uma força de trabalho mais eficiente, para um envelhecimento saudável, havendo assim menos gastos associados a doenças, benefícios sociais e menos receitas fiscais perdidas. A saúde e o bem-estar da população são mais facilmente alcançados se todo o governo trabalhar para combater as problemáticas sociais e individuais associadas à saúde e, por sua vez, a saúde pode apoiar a recuperação e o desenvolvimento económico.

Campbell, Converse e Rodgers, em 1976, num estudo realizado sobre a QV da população americana, concluíram que a saúde se trata de um dos domínios da QV, sendo mesmo o domínio que apresenta um maior impacto na QV.

### 1.1.2. Qualidade de Vida

A QV trata-se de um conceito popularmente conhecido, desde os especialistas até aos leigos. Têm sido vários os autores que estudaram o conceito de QV, porém, ainda não existe um consenso relativamente à sua definição. Este aspeto constitui um dos principais obstáculos à discussão deste conceito entre a comunidade científica (Ribeiro, 2009). Com posições divergentes, alguns autores consideram que a QV tem a ver com os bens materiais, em oposição a outros que a associam a bens espirituais. Em algumas perspetivas, a QV é mesmo descrita como uma dimensão objetiva e noutras como uma dimensão subjetiva (Ribeiro, 1994).

A definição para QV depende muito do contexto em que é estudada. Sendo um tema de interesse em várias áreas da sociedade, a sua definição deve refletir tanto aspetos comuns como aspetos específicos da área em estudo (Ribeiro, 1994).

O grupo de Qualidade de Vida da OMS, em 1997, definiu a QV como a perceção da pessoa sobre a sua posição na vida, no contexto cultural bem como do sistema de valores em que vive, tendo em consideração os seus objetivos, expectativas e preocupações. Trata-se de um conceito amplo que é influenciado por aspetos da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e ambiente envolvente (OMS, 1997). Neste contexto, consiste então numa avaliação subjetiva, incluída num contexto cultural, social e ambiental, não podendo ser igualada simplesmente ao estado de saúde, ao estilo de vida, à satisfação com a vida, ao estado mental ou ao bem-estar (OMS, 1998).

Twycross refere que “Qualidade de vida é aquilo que a pessoa considera como tal” (2003, p.19).

Consiste na perceção do indivíduo sobre si mesmo e sobre a sua posição no contexto em que se encontra inserido, considerando os valores, as expectativas e preocupações pessoais. Deve ainda ser considerada a saúde física bem como a psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e aspetos significativos do meio ambiente (OMS, 1997).

A QV é cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde pois trata-se de uma dimensão importante nos resultados das intervenções médicas. Ainda que várias intervenções médicas tenham os mesmos efeitos fisiológicos, podem apresentar diferentes impactos no bem-estar da pessoa (Ribeiro, 1994).

Tem-se verificado uma preocupação crescente com questões relacionadas com a QV, pois existe uma valorização de parâmetros mais amplos do que o controle dos sintomas,

a diminuição da mortalidade ou até mesmo que o aumento da esperança de vida (Fleck *et al.*, 1999).

A compreensão do modo como a doença afeta a QV de um cliente, permite melhorar a relação entre o médico e o cliente, tornando-se também os cuidados de saúde mais abrangentes. Por outro lado, o próprio utente pode ter a perceção de que os cuidados que lhe são prestados são mais significativos (OMS, 1997).

A avaliação da QV permite compreender as necessidades de cada pessoa, no contexto da saúde, mas também da sociedade em geral (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

Por tudo isto, a QV é frequentemente referida como “Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde (QVRS)” (Ribeiro, 1994).

A QVRS está diretamente associada aos sintomas da doença bem como com o tratamento. Trata-se de uma QV que depende da doença, incluindo as representações da doença, as crenças relativas às causas e consequências da doença, os preconceitos, a autoapreciação que a pessoa doente faz de si própria, das emoções associadas, dos sintomas existentes e dos tratamentos (Ribeiro, 2002).

Os conceitos de QV e QVRS estão interligados, contudo a diferença é clara. Enquanto que QV trata-se de um conceito genérico, podendo ser aplicado a todas as pessoas, sendo elas saudáveis ou não, com qualquer tipo de doença, a QVRS trata-se de um conceito específico para uma determinada doença, e só pode ser aplicado a pessoas com uma determinada doença. Esta última tem sido utilizada como técnica de avaliação dos resultados de dada intervenção do sistema de saúde, uma vez que permite monitorizar a evolução dos tratamentos (Ribeiro, 2002).

Um dos grandes motores da QV tem sido, realmente, os resultados das intervenções médicas. No passado, eram considerados apenas os resultados fisiológicos das intervenções médicas, como por exemplo reduzir os valores de tensão arterial nas situações de hipertensão, ou reduzir as crises em pessoas com epilepsia. Mais recentemente, é dada uma maior importância ao impacto que estas intervenções apresentam na QV (Ribeiro, 2002).

Assim, no contexto da saúde, a QV surge como um indicador do estado de saúde, sendo a saúde um componente importante da QV (Ribeiro, 2002). Já em 1986, pela Carta de Ottawa, a saúde foi vista como “*o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida*” (p.1).

É possível classificar a QV sob várias perspetivas, nomeadamente: QV genérica *versus* QV específica de uma doença; ou QV com base na funcionalidade *versus* QV com base no bem-estar (Ribeiro, 2002).

Atendendo à perspetiva de funcionalidade, do ponto de vista biomédico, se tudo está a funcionar bem, então não há nenhum problema a nível médico. Contudo, como já foi visto anteriormente, a OMS, na sua definição de saúde, introduziu o termo “bem-estar”, que hoje está intimamente ligado com a QV. Pois bem, o conceito de QV trata-se assim, da fusão entre a funcionalidade e o bem-estar (Ribeiro, 2002).

### 1.1.3. Avaliação da Qualidade de Vida

As técnicas de avaliação da QV devem respeitar os seguintes princípios: considerar os aspetos positivos em vez dos negativos; considerar a avaliação com base no bem-estar mas também com base na funcionalidade; ter em conta aspetos físicos, mentais e sociais; a avaliação deve ser realizada com base na perceção pessoal (Ribeiro, 1994). A QV trata-se de uma experiência pessoal e isso deve espelhar-se na avaliação. Ou seja, a perceção das pessoas próximas da pessoa doente, bem como de profissionais de saúde, muitas vezes não coincidem com a perceção do próprio doente e, neste caso, deve prevalecer a opinião do doente pois este é que sabe melhor que perceção tem da vida (Ribeiro, 2002). Deste modo, a QV da pessoa que está a ser avaliada deve corresponder à sua própria interpretação (Ribeiro, 2005a).

Por outro lado, deve ainda ser considerada a subjetividade. Ou seja, a avaliação da QV tem por base a perceção pessoal, com todas as suas particularidades, nomeadamente as suas crenças, valores, preferências, expectativas e julgamentos, sendo por isso idiossincrática à pessoa (Ribeiro, 2005a).

A QV trata-se também de um conceito que apresenta variação temporal, ou seja, o nível de QV pode variar ao longo do tempo, pelo que a avaliação da QV deve ser considerada em diferentes momentos ao longo de um tratamento, se for o caso (Ribeiro, 2005a).

Ainda que a saúde seja considerada como um componente da QV, o conceito desta depende de muitos outros domínios além da saúde (Ribeiro, 2002). Deste modo, a QV trata-se de um conceito multifatorial (Ribeiro, 2005a).

Em 1976, Campbell *et al.*, nomearam 12 domínios para a QV, nomeadamente: saúde, casamento, vida familiar, governo nacional, amigos, habitação, emprego, comunidade, religião, *hobbies*, situação financeira e organizações, sendo que já nesta altura, a saúde foi classificada como o domínio mais importante para a QV. Contudo, ainda que a saúde tenha um grande impacto na QV, existe uma grande influencia entre os vários domínios. Por exemplo, uma pessoa desempregada, com situação económica precária e com problemas familiares tem maior probabilidade de ficar doente (Ribeiro, 1994).

Mais tarde, a OMS apresentou uma proposta de metodologia de avaliação da QV disponível em 20 idiomas. Neste modelo de avaliação da QV estão incluídos seis domínios: saúde física, saúde psicológica, nível e independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (OMS, 1997).

As técnicas mais promissoras para avaliação da QV baseiam-se no *Health Insurance Experiment*, desenvolvido por Brook et. al. em 1979 (Ribeiro, 1994). Esta investigação foi provavelmente a primeira a ser criada de origem para avaliar a saúde com base no seu conceito definido pela OMS em 1946. E foi a partir das características deste conjunto de instrumentos que foram criadas várias versões reduzida, como é o caso do “36-Item Short-Form Health Survey (SF – 36), criado por Ware e Sherbourne em 1992 (Ribeiro, 1994), sendo posteriormente validado para a população portuguesa por Ribeiro, em 2005. Esta validação encontra-se no livro “O importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF 36”, publicado pela “Fundação Merck Sharp & Dohme”. Trata-se de uma das versões mais conhecidas e mais utilizadas dentro dos instrumentos de avaliação da QV (Ribeiro, 1994).

O questionário SF-36 é um instrumento geral de avaliação da QV (Ware & Sherbourne, 1992) podendo ser utilizado no contexto dos cuidados de saúde em geral e, por outro lado, também pode ser utilizado para doenças específicas (Ribeiro, 1994). Este instrumento é sensível a várias doenças, podendo ser utilizado para comparar o nível de QV em pessoas com diferentes doenças ou, por outro lado, para comparar a QV entre pessoas doentes e saudáveis. Trata-se de um dos instrumentos de avaliação de QV mais utilizado (Ribeiro, 2002).

Pode ser aplicada a qualquer pessoa, seja ela saudável ou não, sendo sensível à evolução da doença, ao tratamento, à idade bem como a outros fatores. Inclui oito dimensões que são avaliadas a partir de 35 itens. As dimensões são: funcionamento físico, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, funcionamento emocional, desempenho social e saúde mental. Inclui ainda mais um item destinado à avaliação da transição da saúde (Ribeiro, 2002). Este instrumento de avaliação da QV será descrito com maior rigor no ponto 2.3.3b.

#### 1.1.4. A Enfermagem de Reabilitação e a Qualidade de vida

A ER trata-se de um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, que tem em vista a recuperação funcional, a reintegração da pessoa na família, comunidade e na sociedade (Menoita, 2014). Tem como principais objetivos: ajudar o cliente a se tornar o mais independente possível atendendo à sua condição, promover e incentivar o autocuidado,

preparar a pessoa para uma vida social e familiar da melhor forma possível e com qualidade (Leite & Faro, 2005).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) apresenta um papel importante na avaliação e melhoria dos resultados, obtendo-se assim níveis de capacidade funcional mais elevados, o que promove o  *coping*  efetivo, a satisfação bem como a QV (Menoita, 2014). Cabe a este profissional estabelecer intervenções preventivas, para que os clientes mantenham a capacidade funcional, evitar mais incapacidades e complicações, defendendo assim o seu direito à QV, à socialização e à dignidade (Hoeman, 2000).

O EEER apresenta um conjunto de competências que ultrapassam a intervenção ao nível da função, pois permitem a este profissional promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, capacitando a pessoa e o cuidador para a reintegração social pois auxiliam no processo saúde/doença. Ser enfermeiro permite ter uma visão sobre as necessidades globais da pessoa e a especialização em reabilitação permite melhorar a QV, uma vez que é promovida a funcionalidade e a autonomia. O EEER tem em consideração a dimensão física, social e emocional (Menoita, 2014).

Consta no regulamento de competências específicas de enfermagem de reabilitação que “A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2019, p.13565).

Esta especialidade tem como principais objetivos melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa promovendo-se assim a autoestima. Promove o diagnóstico precoce bem como as ações preventivas que asseguram a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, previne complicações e evita incapacidades. A intervenção da ER permite ainda melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD's e minimizar o impacto das incapacidades já instaladas que possam ter surgido por doença ou acidente. Deste modo, a ER apresenta um papel importante para o cliente uma vez que, através destas intervenções, proporciona assim o direito à dignidade e à QV.

Analisando as competências específicas do EEER, é possível verificar o enfase da QV nos cuidados de ER. Na unidade de competência J2.1 conta que, o EEER “Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2019, p. 13567), o que significa

que a QV, bem como a autonomia, trata-se da meta desejável aquando da prestação de cuidados. Quando, neste documento, se fala da avaliação das intervenções implementadas, a QV surge como um dos indicadores para avaliar os ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e social, juntamente com a capacitação e a autonomia (OE, 2019).

Em Portugal, devido às melhorias das condições de vida e a existência de um acesso mais fácil aos cuidados de saúde, tem-se verificado uma longevidade aumentada, e conseqüente aumento do número de idosos portadores de doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes. Por outro lado, esta evolução permite também que crianças com sequelas neurológicas graves ou lesões significativas consigam sobreviver (Branco, 2017).

Dados no SNS (2018) revelam que Portugal apresenta uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a viver no país. Foi apurado que 21% dos portugueses tem idade igual ou superior a 65, enquanto que 14% da população tem menos de 15 anos. Existe um milhão de portugueses com 75 ou mais anos, havendo mais mulheres do que homens.

No que diz respeito às doenças que mais matam em Portugal, as cérebro-cardiovasculares e o cancro são as que têm mais peso. Também as doenças respiratórias e a diabetes são responsáveis por um número considerável de mortes. No ano de 2015, 29,7% das mortes em Portugal deveram-se a doenças cérebro-cardiovasculares, sendo que ocorreram cerca de 20 mil internamentos devido ao AVC isquémico (SNS, 2018).

As doenças que mais afetam a QV dos portugueses são: as doenças do foro músculo-esquelético, nomeadamente a lombalgia e a cervicalgia, as doenças da pele (acne, dermatite e psoríase) e as enxaquecas (SNS, 2018).

A dependência é um problema de saúde grave e urgente que apresenta um grande impacto na QV da pessoa e no grupo que a rodeia (Imaginário, 2004). A mesma ideia é transposta pela OMS (2002) no documento “*Active Ageing A Policy Framework*”, que expressa que se a pessoa idosa for ativa e saudável, além dos benefícios de se manter autónoma, constitui um importante recurso para a sua família, comunidade e economia, uma vez que podem continuar a trabalhar. No mesmo documento é possível verificar que o envelhecimento ativo trata-se de um processo de otimização da saúde no sentido de melhorar a QV das pessoas.

Em todas estas situações anteriormente mencionadas, o EEER apresenta um papel preponderante. O processo e a gestão da ER apresentam grande impacto para a melhoria dos resultados, pois muitas ameaças à capacidade funcional e à QV podem ser evitadas ou pelo menos minimizadas, se os princípios e as técnicas da ER forem desde logo implementados no plano de cuidados (Radwanski & Hoeman, 2000).

## **1.2. Qualidade de Vida: Que estudos existem?**

Uma revisão da literatura sobre a QV foi realizada com recurso a várias bases de dados da EBSCOhost (*CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina*). Focando-se em termos como “*Health related Quality of life*” e “*SF - 36*” e no espaço temporal compreendido entre 2009 e 2019. Foram encontrados 23 estudos internacionais com texto completo disponível, reportando a utilização o instrumento de avaliação SF - 36. A grande maioria dos estudos que utilizaram este instrumento foram realizados na Europa (10) e nos Estados Unidos da América (6), contudo ainda foram encontrados alguns estudos da Ásia (2), México, América central e do sul (2), Médio Oriente (2) e Austrália/Nova Zelândia (1).

Dois estudos europeus avaliaram a QV em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2: No estudo de Sindhu, Jayakumar e Jayakumari (2015), os autores chegaram à conclusão de que as pessoas com diagnóstico de DM tipo 2 apresentam baixos scores de QV em todas as dimensões e os principais fatores que têm implicações negativas na QV é o facto de ser género feminino, a duração da doença, a obesidade, a falta de exercício físico e o controlo da glicémia. No estudo de Svenningsson, Marklund, Attvall e Gedda, (2011), os autores tiveram como objetivo comparar pessoas com diagnóstico de DM tipo 2, obesas e com peso normal, relativamente à sua QV, atitude face à doença e tratamento, a partir de uma perspetiva de género. Os resultados deste estudo revelaram que houve uma diferença de género na perceção de QV, sendo que as mulheres obesas tiveram mais limitações na vida diária devido a problemas físicos e emocionais do que os homens obesos. Também foi verificado um score de QV menor em pessoas com obesidade, relativamente às que apresentam peso normal. Relativamente à forma como os grupos vivenciam o tratamento, não foi verificada diferença estatisticamente significativa. Os autores sugerem que são necessárias investigações adicionais para que os profissionais de saúde sejam capazes de responder às necessidades específicas de cada grupo.

Reportando-se a situações de doença cardiovascular, quatro estudos foram identificados: dois europeus e dois da América do Sul. Um deles foi realizado no Reino Unido e aborda a QVRS em utentes pós enfarte agudo do miocárdio (EAM). O estudo revelou uma redução temporária da QVRS após o EAM. Foi verificado ainda que clientes que apresentam uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo 40% menor apresentam níveis

de QV menores que os restantes clientes, ainda que não seja uma diferença significativa (Bøhmer, Kristiansen, Arnesen & Halvorsen, 2014). Num outro estudo realizado na Europa, realizado por Saquib, et al., 2013, os autores relacionaram a auto percepção da saúde física como uma ferramenta de triagem de doença cardiovascular e morte em mulheres na pós-menopausa, pelo que a componente física do instrumento SF - 36 deverá, segundo os autores, ser utilizada como uma ferramenta de triagem para identificar mulheres com alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares e morte. Um outro estudo realizado por Corbi, Dantas, Pelegrino e Carvaiho, em 2011, na América do Sul teve como objetivo avaliar a QVRS em pessoas submetidas a anticoagulação oral e a sua relação com o género, idade e duração do tratamento. Os autores concluíram que as mulheres, idosos e pessoas diagnosticadas com fibrilhação auricular, medicadas com anticoagulantes a menos de um ano apresentam uma pontuação de QVRS, pior. O outro estudo publicado na América do Sul em 2011, foi realizado por Pelegrino, Dantas e Clark e teve como objetivo avaliar a QV em pessoas com insuficiência cardíaca, bem como os determinantes que a influenciam. Os autores concluíram que esta patologia, a gravidade dos sintomas, a vitalidade e a saúde mental explicou 54% da variação de QV destas pessoas. Desta forma, para manter a QVRS, é importante controlar os sintomas e preservar o bem-estar mental.

Num outro estudo, realizado em 2019 na Índia por Khatri et al., foi avaliada a QVRS em pessoas com gliomas supratentoriais submetidas a cirurgia. Os autores concluíram que, na maioria dos parâmetros avaliados através do Questionário SF - 36, houve um aumento do score após a realização da cirurgia, sendo que a curto prazo as melhorias são reduzidas a moderadas e maiores quando se avalia a QV a longo prazo. Foram ainda observadas melhorias semelhantes em utentes que tiveram de ser submetidos a nova cirurgia.

Na Rússia, Usmanova, Shchelkova, Sushentsov e Valiev fizeram um estudo em 2019, no qual avaliaram a QV e atitude perante a doença em 120 pessoas com tumores ósseos, nomeadamente osteossarcoma, tumor das células gigantes, condrossarcoma e lesão óssea metastática. Os resultados revelaram diferenças nos parâmetros da QV e atitude face aos vários tipos de doenças.

No que concerne à doença da Hepatite, foram encontrados dois artigos. Um deles foi realizado na Turquia, em que os autores avaliaram a QV em clientes com hepatite B e C sujeitos a um determinado tratamento. Chegaram à conclusão de que é importante fornecer orientação e aconselhamento a estes utentes sobre a própria doença e sobre os efeitos adversos do tratamento pois estas intervenções permitem aumentar a QVRS dos clientes e ajudará na adaptação ao tratamento (Alay, Erol, Çelik, Parlak & Parlak, 2018). O outro

estudo foi realizado em 2012 no Reino Unido, avaliou o impacto a longo prazo de um tratamento antiviral para a hepatite C. Foi verificado que, seis meses após o tratamento, os clientes recuperaram o nível de QV existente antes de iniciar o tratamento, ou até superaram esse nível. Contudo, nas mulheres é verificado que o tratamento antiviral apresenta um impacto negativo mais intenso e mais duradouro (Bezemer et al., 2012).

Entre os estudos europeus que foram encontrados nesta pesquisa há um estudo, realizado por Brown et al. (2018), que estuda a QV após um programa de exercício aeróbico durante seis meses em pessoas que sobreviveram a um cancro do cólon. Os autores concluíram que doses mais elevadas de exercício aeróbico podem fornecer vários benefícios para a saúde em sobreviventes de cancro do cólon. Após os seis meses de exercício aeróbico a pontuação do questionário SF - 36 aumentou.

Fiest et al., em 2017 avaliaram a QV em pessoas com esclerose múltipla, com diferentes comorbilidades. Os autores verificaram uma diferença estatisticamente significativa entre pacientes com e sem depressão, enquanto que não foi observada diferença entre clientes com hipertensão, doença da tiroide ou osteoporose. Concluíram que um instrumento específico para esta doença poderia discriminar melhor as diferenças de pessoas com e sem comorbilidades.

Na Flórida, em 2017, Benedict, Golas, Richter e Velanovich avaliaram a QVRS, entre outros parâmetros, em pessoas com acalásia, submetidas a miotomia endoscópica, tendo os clientes sido avaliados no pré e pós-operatório a um total de 34 pessoas. Foi verificada uma melhoria no score da QV após a intervenção.

Também em 2017, mas no Reino Unido, Pall et al. realizaram um estudo no qual foi avaliada a QV em pessoas com leishmaniose após lesão dérmica provocada pelos protozoários parasitas *Leishmania donovani*. Os autores concluíram que esta lesão afeta significativamente a QV dos clientes.

Foi ainda encontrado um estudo internacional, realizado por Cnossen et al. (2017). Neste estudo, os autores avaliaram a QV em clientes com traumatismo craneo-encefálico, holandeses e chineses, comparando os dois grupos, de modo a avaliar se as diferenças culturais têm um papel preponderante. Concluíram que existe uma diferença no padrão da QV entre clientes chineses e holandeses. Contudo, poderão existir implicações para a avaliação em estudos internacionais devido à tradução de algumas questões.

Nos Estados Unidos da América, Meyerhoff, em 2016, averiguou se, em pessoas com a doença de Lyme, a QV melhora com a realização de antibióticos a longo prazo após

a ceftriaxona. Verificou que os resultados totais de QV não diferiu entre nenhum dos grupos que utilizou antibióticos comparativamente com o grupo que foi utilizado um placebo.

Num outro estudo, Russell, Flood, Yeatman, Wang e Mitchell (2016) averiguaram se a insegurança alimentar e a alimentação inadequada estão associadas à QVRS dos idosos australianos. Os resultados fornecem evidência da relação entre a saúde física e mental reduzidas com a insegurança alimentar e a má qualidade da alimentação destas pessoas. No entanto, os autores referem que é necessária mais investigação sobre a insegurança alimentar na população idosa para garantir que uma boa saúde é mantida através de serviços de saúde e comunitários apropriados.

Em 2016 nos Estados Unidos da América, Garvin, Nilsson, Ernerudh e Kristenson investigaram a associação entre os biomarcadores de infeção como a Proteína C Reativa e a Interleucina 6 com a QVRS. O estudo veio confirmar que existe relação entre QV e baixo grau de inflamação. As pontuações do SF – 36 foram significativamente mais baixas no grupo com elevação conjunta dos dois biomarcadores de infeção comparando tanto com o grupo sem elevação ou os grupos que mostra a elevação de um dos biomarcadores.

Num estudo, realizado nos Estados Unidos da América em 2015, por Baca, Vickrey, Vassar e Berg, foi comparada a utilização de um instrumento genérico de avaliação de QV (SF - 36) com um instrumento específico para avaliação da QV em pessoas com epilepsia. O estudo revelou que o instrumento específico é sensível às alterações da QV em jovens adultos com epilepsia enquanto que o instrumento genérico SF – 36 não é.

Outro artigo encontrado, realizado por Mahmoudi, Jafari e Ghaffaripour em 2014, teve como objetivo traduzir e validar um instrumento de avaliação de QV, o COOP / WONCA (*Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project/World Organization of National Colleges, Academies and Academic*), tendo o SF – 36 sido utilizado para correlacionar os resultados. Os resultados dos instrumentos foram altamente correlacionados, tendo-se mostrado validade e confiabilidade deste instrumento.

Em 2011, nos Estados Unidos da América, Heslin et al., realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a QVRS em pessoas dependentes de opiáceos, de modo a averiguar a variação da QV perante a descontinuação dos mesmos, medicamente controlada, tendo em consideração os sinais e sintomas da abstinência. Os autores conseguiram explicar 36% da variação da QVRS mental e 34% da variação da QVRS física.

No Médio Oriente, em 2010, Amini, Shojaee, Haghani, Masoomi e Davarani realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar as lesões físicas e QV em sobreviventes da guerra, cegos. Os autores concluíram de que as deficiências físicas relacionadas com

ferimentos de guerra influenciaram significativamente a QV no grupo de estudo, sendo que os participantes com mais deficiências relataram menor QV.

Em 2009 foi realizado um estudo no Reino Unido, da autoria de Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman e Grunfeld, que teve como objetivo avaliar um grupo de intervenção cognitivo-comportamental para aliviar sintomas da menopausa em mulheres que tiveram tratamento para o cancro da mama. Após 3 meses de acompanhamento os autores verificaram melhorias a nível do humor deprimido, ansiedade e sono, tendo também a QV melhorado significativamente. Assim, os resultados sugerem que a terapia cognitivo-comportamental pode ser uma opção viável em mulheres com sintomas de menopausa problemáticos após tratamento do cancro da mama. Contudo, os autores referem que são necessários mais estudos controlados.

Uma outra pesquisa, realizada também no motor de busca *EBSCOhost*, com as palavras chave: “qualidade de vida”, “saúde” e “SF - 36”, num espaço temporal compreendido entre 2009 e 2019 e texto completo, obteve-se mais 5 artigos, todos eles brasileiros, que serão descritos de seguida.

Um deles, foi realizado por De Gonçalves de Oliveira et al., em 2019, com o objetivo avaliar a adesão aos tuberculostáticos e a QV de pacientes com tuberculose pulmonar. Os autores concluíram que a tuberculose compromete a QV das pessoas infetadas uma vez que existem limitações a nível físico, psíquico e emocional.

Em 2018, Batista Valdevite et al., averiguaram os efeitos da atividade física na força muscular respiratória, função motora, sintomas depressivos, QV e imagem corporal em idosos do projeto “Vida Ativa”, na qual se realizam intervenções de atividade física. Os autores verificaram uma manutenção ou melhoria de todos os parâmetros analisados.

Nobre et al., em 2017 avaliaram a QV de pessoas em tratamento por diálise peritoneal em ambulatório. Verificaram que os domínios mais afetados foram os aspetos físicos, a capacidade funcional e o estado geral de saúde.

Num outro estudo, Nunes de Araújo et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a QV em estudantes de enfermagem de uma universidade pública do Brasil. Foi verificado que estudantes do 2º e 3º ano, do género feminino, são os que apresentam piores resultados para a QV. Os estudantes do 1º e 4º ano são os que apresentam scores mais elevados.

O último estudo desta pesquisa foi realizado por Pachioni, Teles Fregonesi e Mantovani em 2014 e teve como objetivo avaliar o efeito da Terapia Morfoanalítica na QV, stress e flexibilidade de mulheres após a cirurgia de cancro da mama. Os autores concluíram

que esta intervenção revela efeitos significativamente positivos na componente física, estado geral de saúde, stress e flexibilidade destas mulheres.

Noutras pesquisas realizadas noutras bases de dados, foi notório o elevado número de estudos realizados no Brasil, sendo que além dos estudos supracitados, foram encontrados tantos outros, em que se avalia a QV de pessoas nas mais diversas circunstâncias na áreas da saúde: pessoas com insuficiência renal crónica a realizar hemodiálise (Vaneli & De Freitas, 2011; Poersch, Andrade, Dal Bosco & Rovedder, 2015); Portadores de lesão medular com úlcera de pressão (Mota & Ribeiro, 2016); pessoas com cancro da laringe (Maciel, Leite, Soares & Campos, 2013); pessoas submetidas a revascularização do miocárdio (Dal Boni, Martinez & Saccomann, 2013); pessoas com úlcera arterial (Renó Moreira, Blanes, da Silva Augusto, Gragnani Filho & Masako Ferreira, 2016); pessoas submetidas a hemiartroplastia da anca (Abreu & Oliveira, 2015); pessoas submetidas a artroplastia total do joelho (Leão et al., 2014); mulheres com síndrome metabólica (Gomes Teixeira et al., 2015); e um estudo comparativo entre idosos ativos e inativos através da avaliação das AVD's e da avaliação da QV (Caporicci & Neto, 2011).

Relativamente à literatura nacional, foram encontrados alguns estudos que também utilizam o mesmo instrumento para avaliação da QV, que serão apresentados de seguida.

Um deles trata-se de uma dissertação de mestrado na área de psicologia da saúde, realizado em 2007 por Floro, numa parceria entre a Universidade do Algarve e o Instituto Politécnico de Beja. O objetivo do estudo foi de analisar o impacto do suporte social e estratégias de *coping* sobre a perceção subjetiva de bem-estar e QV de clientes com coxartrose com e sem artroplastia total da anca. O autor pretendeu também identificar as variáveis que podem influenciar estas relações e de que forma. Verificou que: as pessoas que realizaram a cirurgia de artroplastia total da anca apresentam melhores resultados para a QV; a condição coabitação (viver só ou acompanhado) não interfere com a QV; as pessoas que não realizaram cirurgia apresentam maior satisfação com as atividades sociais do que as pessoas que realizaram cirurgia; os clientes com cirurgia recorrem mais a estratégias de *coping* do que os clientes sem cirurgia. Em suma, o autor verificou que a condição cirurgia apresenta um impacto na QV, suporte social e estratégias de *coping*.

Outro estudo nacional foi realizado por um enfermeiro no âmbito do Mestrado em ER, no Instituto Politécnico de Viseu. O grande objetivo deste estudo foi: verificar se os idosos que são submetidos a um maior número de sessões de reabilitação registam melhores níveis de QV e, deste modo, averiguar se a ER contribui para a melhoria da perceção do estado de saúde do idoso. O autor pretendeu também analisar e explorar as relações entre as

variáveis independentes na perceção da QV dos idosos. Foram envolvidos dois grupos: um grupo experimental, no qual foi implementado um programa de reabilitação em estudo, e um grupo de controlo, no qual foi implementado o programa de reabilitação clássico. O autor conseguiu comprovar que a intervenção do programa em estudo levou a uma melhor perceção do estado de saúde dos idosos que foram submetidos a cirurgia da anca, pois o grupo experimental apresentou resultados significativamente superiores em todos os domínios do questionário SF – 36, com diferenças estatisticamente muito significativas (Dias & Martins, 2011).

Também foi encontrada uma Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações no Ramo da Saúde, realizado por Praça em 2012 no Instituto Politécnico de Bragança. A autora pretendeu avaliar a perceção da QVRS em clientes maiores de 18 anos, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Trás-os-Montes I – Nordeste. Segundo a autora, os resultados revelam um impacto negativo na QV de algumas variáveis sociodemográficas, tais como o género, idade, estado civil, escolaridade, grupo e situação profissional, rendimento familiar e atividade física.

Foi encontrado um artigo publicado na Revista Referência no qual Preto, Cruz, Mendes e Novo (2015) avaliaram o estado funcional e a QV no pré-operatório e dois meses após a referida cirurgia. Relativamente ao estado funcional, foram observadas melhorias e uma diminuição na severidade dos sintomas. Quanto aos níveis de QV, foi verificado um aumento significativo nas seguintes dimensões do SF – 36: função física, dor corporal, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade.

Soares e Silva, em 2011, avaliaram a QV em mulheres que procuram tratamento para a obesidade, propostas para tratamento cirúrgico. As autoras pretendem conhecer o impacto da obesidade na QV, comparando mulheres com diagnóstico de obesidade grave propostas para cirurgia com dois grupos de mulheres em dois períodos pós-cirúrgicos diferentes. As clientes do grupo pré-operatório apresentaram níveis de QV mais baixos.

Em 2016, Camões et. al, realizaram estudo realizado com o objetivo descrever a perceção da QV em indivíduos com mais de 70 anos, considerando a participação em programas de exercício físico com idosos na comunidade e institucionalizados. Os autores concluíram que programas de intervenção com base na prática de exercício físico estão associados a níveis mais elevados de QV em idosos na comunidade, ainda que estes programas ocorram com reduzida frequência e duração.

Por fim, teve-se ainda acesso a um estudo realizado na RAM que utiliza o instrumento SF - 36 para avaliação da QV. Trata-se do artigo “*Correlates of health-related*

*quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults*”, publicado na revista *Quality of Life Research*, em 2017. Tal como já foi referido, este estudo foi realizado na RAM e teve como objetivo avaliar a QVRS em idosos e a sua relação com a faixa etária (idosos mais novos, entre os 60 e os 69 anos; e idosos mais velhos, entre os 70 e os 79 anos). Foi ainda realizada uma avaliação funcional, e aplicados questionários de modo a obter informações demográficas, características mentais e de saúde. Participaram no estudo 802 pessoas, sendo 401 homens e 401 mulheres. Os autores chegaram à conclusão de que existe diferença estatisticamente significativa entre o nível de QV das duas faixas etárias em estudo, tendo sido verificados resultados significativamente menores no grupo de idosos mais velhos, tanto na componente física, na componente mental bem como no score total do SF – 36. Os dados revelaram ainda que fatores como o Índice de Massa Corporal (IMC), a força do corpo, a resistência aeróbica, a atividade física, sintomas depressivos, quedas, o facto de viver sozinho apresentam uma relação estatisticamente significativa com o resultado total do questionário SF – 36, sendo que a resistência aeróbica apresenta uma relação positiva com a componente física da QV e o facto de viver sozinho encontra-se relacionado com a componente mental do SF – 36. Foi ainda verificado um efeito positivo da atividade física no nível de QV de idosos mais velhos (Gouveia et al., 2017).

Após a realização desta revisão de literatura sobre a QV, constatou-se que existem muitos estudos realizados no sentido de avaliar a QV da população, e que o instrumento SF – 36 é amplamente utilizado. Contudo, são poucos os estudos existentes dentro da área da ER, avaliando o nível da QV dos clientes alvo desses cuidados. Foram encontrados alguns estudos em que é avaliada a QV de pessoas com patologia cardíaca, outras submetidas a hemiartroplastia da anca, à descompressão do nervo mediano, que em princípio estavam a ser alvo de cuidados de reabilitação, ou pelo menos beneficiariam deste tipo de cuidados. Foram também encontrados alguns estudos sobre os efeitos do exercício e atividade física, tema este que também se relaciona com a ER. Foi encontrado um estudo que teve como objetivo avaliar a influencia da intervenção de ER na QV de idosos submetidos a cirurgia da anca. Trata-se de uma investigação muito pertinente para a área de especialização, contudo, o que se pretende no presente estudo é uma caracterização mais global e não só das pessoas que foram submetidas a uma determinada intervenção. Concretamente na RAM foi encontrado apenas um estudo em que é avaliada a QV das pessoas, neste caso, dos idosos, fazendo-se uma comparação entre os idosos mais novos e os idosos mais velhos, tendo em conta o nível de atividade física. Atendendo à extensão do território, e o reduzido número de estudos realizados a nível nacional, já se considera muito positivo a existência de um estudo

sobre a QV realizado na região. Contudo, o referido estudo não se encontra diretamente relacionado com a ER.

Assim sendo, a ausência de evidência sobre a QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da RAM constitui um problema para o desenvolvimento desta área de especialidade e o ponto de partida para este estudo de investigação.

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**



## **2.1. Tipo de Estudo**

Este estudo apresenta um desenho descritivo, de natureza quantitativo, sendo que serão realizadas comparações entre grupos (homens e mulheres, adultos e idosos), sendo por isso, um estudo descritivo e analítico.

## **2.2. População-alvo e Amostra**

Uma vez que o objetivo deste estudo é caracterizar a QV dos clientes alvo dos cuidados de ER da RAM, a população alvo deste estudo foram os clientes alvo dos cuidados de reabilitação da RAM (N=1814) e a amostra, aqueles que foram alvo destes cuidados num determinado dia, selecionado aleatoriamente num número superior. Considerando um erro amostral não superior a 5%, estimou-se ser necessário uma amostra de pelo menos 328 indivíduos para garantia da representatividade.

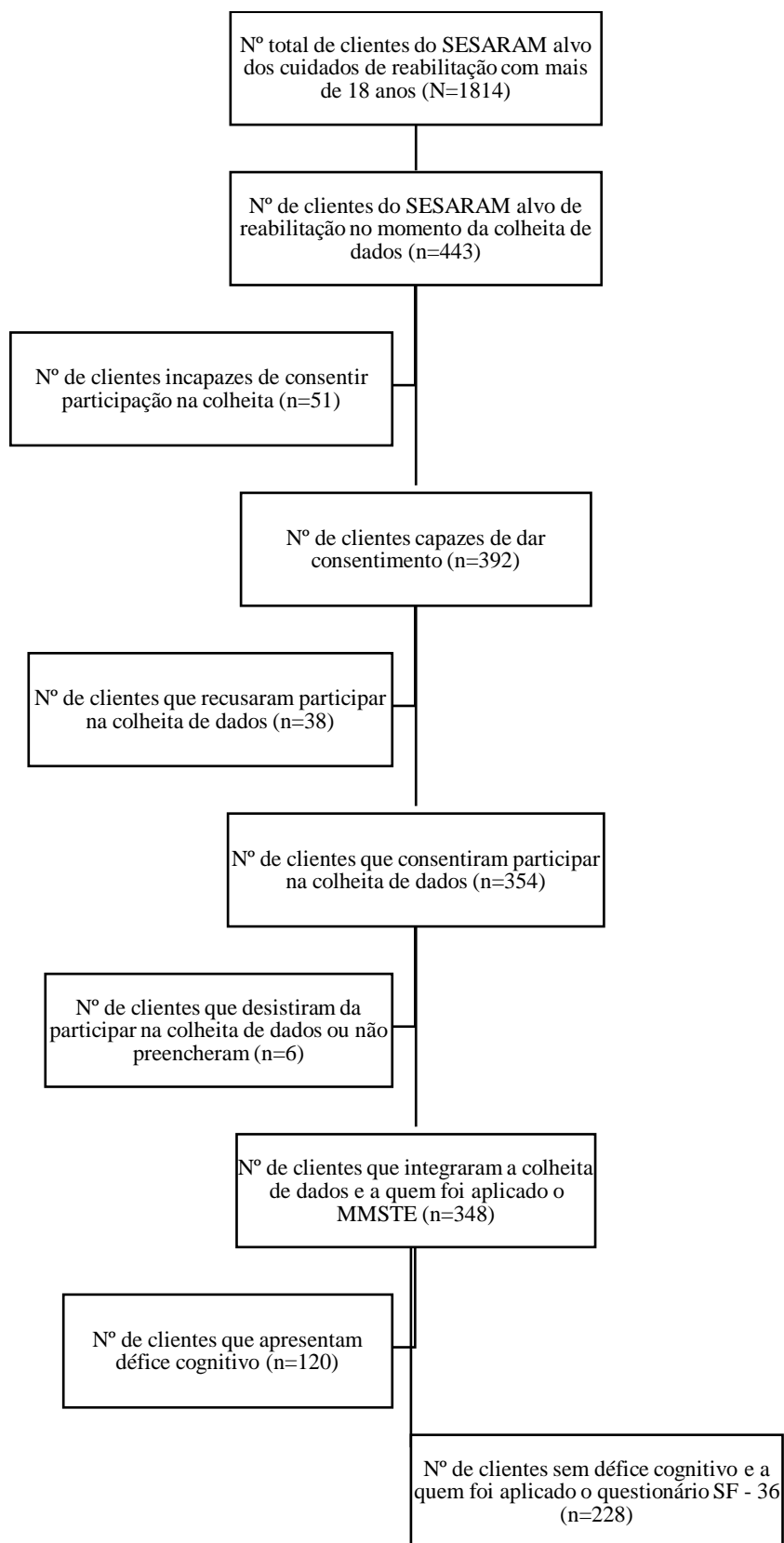
Para tornar este estudo exequível, será constituída uma amostra, que neste caso será uma amostra acidental (ou por conveniência). Considera-se assim como amostra do estudo, os clientes a quem o EEER preste cuidados no dia 5 de junho de 2019, ou no dia de trabalho seguinte, nos casos em que este profissional não esteja a desempenhar funções na prestação de cuidados. O dia de trabalho seguinte foi considerado apenas até à data estipulada para a finalização da colheita de dados que foi o dia 17 de junho de 2019, excluindo deste modo os EEER's que, neste período, não estiveram a desempenhar funções na prestação de cuidados ou que se encontram ausentes do serviço, por motivo de férias, doença ou licença de maternidade/paternidade.

Como critérios de inclusão considera-se: ser alvo dos cuidados de reabilitação na RAM à data do estudo e ter mais de 18 anos. Já os critérios de exclusão são: em primeiro lugar, o facto da pessoa não ser capaz de consentir a participação no estudo. Posto isto, excluíram-se ainda as pessoas que apresentassem défice cognitivo, utilizando para tal o *Mini Mental State Test Examination* (MMSTE).

Tendo em consideração todos estes aspetos, e considerando a realidade encontrada, chegou-se aos seguintes dados: existem 1814 clientes do SESARAM alvo dos cuidados de reabilitação com mais de 18 anos, dos quais, 443 foram alvo de reabilitação no momento da colheita. Deste grupo, 51 clientes foram incapazes de consentir a participação na colheita de dados, 38 recusaram participar, 6 desistiram da participação durante o processo ou não preencheram o questionário, 120 apresentam défice cognitivo através da aplicação do MMSTE, pelo que se obteve uma amostra de 228 clientes, aos quais foi aplicado o

questionário de QV, o SF – 36. Estes dados encontram-se apresentados no diagrama de fluxo de participantes que se segue:

Figura 1 - Diagrama do fluxo de participantes



## **2.3. Variáveis e Instrumentos**

Neste estudo foram consideradas três tipos de variáveis: variáveis de atributo, variáveis independentes e variáveis dependentes.

### **2.3.1. Variáveis de Atributo**

As variáveis de atributo consideraram-se todas aquelas que visam a obtenção de um perfil de caracterização da amostra no que diz respeito ao estado socio-demográfico e ao estado de saúde dos clientes. Estes dados foram obtidos através de um “Questionário de Caracterização Socio-Demográfica”, que se encontra no apêndice A. Uma vez que este estudo se encontra inserido dentro de um projeto global intitulado ER-RAM, este questionário possui questões que não foram incluídas no presente trabalho de investigação. Assim sendo, as variáveis utilizadas foram as seguintes:

- Local de residência: instituição ou domicílio;
- Estado civil: solteiro(a), casado(a) / união de facto, divorciado(a) / separado(a) ou viúvo(a);
- Escolaridade: não sabe ler nem escrever, ensino básico (1º ciclo), ensino básico (2º e 3º ciclo), ensino secundário (10º ao 12º ano) ou ensino superior (1º ciclo e/ou superior)
- Situação profissional: estudante, doméstica, desempregado, trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem ou reformado/inválido;
- Situação de vida: vive sozinho (a), vive com o conjuge, vive com outros familiares ou outra;
- Peso (Kg);
- Altura (cm);
- Antecedentes de saúde: hipertensão arterial, DM, hábitos etílicos, problema do foro cardíaco, problema do foro respiratório, problema do foro ortotraumatológico, problema do foro neurológico, obesidade, hábitos tabágicos ou doença mental;
- Se tem dificuldades na mobilidade: sim ou não;
- Motivo de procura pelos cuidados de ER: problema do foro cardíaco, problema do foro respiratório, problema do foro ortotraumatológico, problema do foro neurológico, cirurgia recente ou outro.

### 2.3.2. Variáveis Independentes

As variáveis independentes deste trabalho de investigação são: o género e a idade. Foi a partir destas variáveis que se constituíram grupos de estudo para analisar e comparar. Através das variáveis associadas ao género e à idade, é que foram elaboradas as hipóteses e realizados respetivos testes que permitiram a obtenção de conclusões neste estudo.

Relativamente à variável género, foram considerados dois grupos de estudo: género feminino e género masculino.

Quanto à variável idade, também foram considerados dois grupos de estudo, nomeadamente: adultos ( $18 \leq \text{idade} < 65$  anos) e idosos ( $\geq 65$  anos).

### 2.3.3. Variáveis Dependentes

Por fim, as variáveis dependentes deste trabalho são: o nível cognitivo, obtido através da aplicação do MMSTE, e o nível de QV, obtido através do questionário SF – 36.

#### 2.3.3.a. *Mini Mental State Test Examination*

O MMSTE é uma medida de critério que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma projetada para avaliar "funções" cognitivas como uma orientação específica ao tempo, orientação espacial, registar palavras, atenção e cálculo, recordar palavras, linguagem e habilidade visual construtiva (Guerreiro et al., 1994).

O MMSTE é uma medida de critério amplamente utilizada, confiável e válida que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma projetada para avaliar "funções" cognitivas como uma orientação específica ao tempo (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação de três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade visual construtiva (1 ponto). O score do MMSTE pode variar de um mínimo de 0 pontos, o que indica um maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o que, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva. O questionário MMSTE foi validado na população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). Neste estudo, foram utilizados os pontos de corte definidos por este autor para detetar défice cognitivo (sem escolaridade  $\leq 15$  pontos; 1-11 anos de estudo:  $\leq 22$  pontos; e maior que 11 anos de estudo:  $\leq 27$  pontos).

O MMSTE encontra-se apresentado no anexo A.

### *2.3.3.b. Medical Outcome Study 36–item Short Form*

O *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (anexo B) tem como objetivo avaliar a perceção da própria pessoa sobre o seu estado de saúde (Ribeiro, 2005b).

Este instrumento de avaliação da QV tem vindo a ser aplicado em Portugal essencialmente por motivos económicos ou associado aos cuidados de saúde (Ribeiro, 2005b). Serve para avaliar as diferenças entre vários clientes no que toca ao seu estado físico e mental bem como para avaliar o impacto de determinadas doenças crónicas ou o efeito de determinado tratamento, podendo ser útil na tomada de decisão por parte de prestadores de cuidados (Ferreira, 2000).

Este tipo de questionário é importante pois, apesar da intervenção da equipa multidisciplinar ser adequada e de sucesso, com melhoria dos sintomas, o cliente pode não ter essa perceção e sentir-se inseguro devido às suas limitações e receios de que o estado de saúde se agrave de novo (Alfieri e Duarte, 1993, citados por Gonçalves, Marinho, Maciel, Galinho Filho & Dornelas de Andrade, 2006). Deste modo, é importante que os profissionais de saúde sejam sensíveis às circunstâncias provocadas pela nova situação do estado de saúde da pessoa (Gonçalves et al., 2006).

Apresenta ainda um papel importante a nível político e estrutural, uma vez que pode ainda ser utilizado para averiguar o impacto de algumas medidas (Ferreira, 2000).

Trata-se do questionário de avaliação de QV mais utilizado. Ainda que por si só, o facto de ser o mais utilizada não garanta que seja uma boa técnica, o facto de ser um dos instrumentos mais utilizados e publicado em jornais científicos e revistos por pares garante a sua aceitação e validade (Ribeiro, 2005b). Acresce ainda a vantagem de não ser exclusivo de qualquer nível etário, doença ou tratamento (Ferreira, 2000).

Encontram-se disponíveis duas versões para este instrumento: a versão 1.0 e a versão 2.0. Contudo, estas duas versões são muito parecidas, sendo que a única diferença é apenas o número de respostas possíveis de algumas questões, tendo passado de duas para cinco opções (Ribeiro, 2005b). No presente estudo será utilizada a versão 1.0.

O SF - 36 é constituído por 36 itens, sendo que 35 se agrupam em oito dimensões e que, por sua vez, se incluem em dois grandes componentes (físico e mental). Dentro do componente físico, são avaliadas as seguintes dimensões: Funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e perceção geral de saúde. Já o componente mental inclui as dimensões: vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional. Existe ainda um item relacionado com a transição em saúde. Este item, apesar de não ser pontuado, compara a perceção do cliente em relação ao seu estado de saúde atual,

comparativamente com o ano anterior. No final, cada dimensão é pontuada entre 0 e 100, sendo que a uma maior pontuação, corresponde uma melhor perceção sobre o estado de saúde (Ribeiro, 2005b).

Além de ser muito utilizado, tem vindo a ser validado por diferentes autores a partir dos 14/15 anos (Ferreira, 2000; Ribeiro, 2005b). Este instrumento pode ser aplicado a qualquer pessoa a partir desta idade, desde que apresente capacidade de o ler (Ferreira, 2000).

O questionário SF - 36 pode ser aplicado através de autopreenchimento, através de entrevista, por correio ou até por contacto telefónico (Ferreira, 2000). Tem a duração de cerca de dez minutos (Ribeiro, 1994).

Se a utilização do questionário estiver associada aos cuidados de saúde, deve ser aplicado antes de se realizar outras questões sobre o estado de saúde ou doença, para que os resultados não sejam enviesados (Ferreira, 2000).

A validação deste instrumento para a população portuguesa tem vindo a ser realizada por diversos autores. Neste estudo será utilizada a validação que se encontra descrita no livro “O Importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF – 36” e que foi realizada pelo autor José Luís Pais Ribeiro, da Fundação *Merck Sharp e Dohme*, em 2005. Esta validação teve por base o procedimento do *International Quality of Life Assessement (IQOLA)*. Neste estudo de validação, foi estudada a validade entre: os itens e a dimensão a que pertence; as dimensões e os componentes a que pertencem.

O estudo de validade dos itens serve para mostrar se a distribuição dos itens pelas dimensões é adequada. Para que assim seja, a correlação entre o item e a dimensão a que pertence deve ser elevada (superior a 0,4). Deve ainda ser superior ao valor da correlação entre o item e as restantes dimensões (que não pertence) (Ribeiro, 2005b). A validação do instrumento SF – 36 realizada por Ribeiro, em 2005, revela que todos os itens apresentam uma correlação com a dimensão a que pertencem superior ao valor definido (0,40).

No que toca à validação entre as dimensões e os componentes, o autor refere que deve haver uma correlação moderada entre as várias dimensões do instrumento, uma vez que todas estas dimensões em análise visam o estudo do mesmo construto, que neste caso é a perceção do estado de saúde. Por outro lado, os valores de correlação também não devem ser muito elevados uma vez que, se assim fosse, significaria que as várias dimensões estariam a avaliar a mesma coisa, havendo assim uma redundância. Contudo, as dimensões que se encontram no mesmo componente (físico ou mental) devem apresentar correlações

mais elevadas do que as correlações entre as dimensões de componentes diferentes. Da mesma forma, a correlação de cada dimensão com o componente a que pertence deve ser maior do que a correlação entre as dimensões de cada componente (Ribeiro, 2005b).

Assim sendo, através dos resultados obtidos, o autor verificou a existência de correlações moderadas entre as dimensões, que vão entre 0,41 e 0,77. As correlações entre as dimensões do mesmo componente são mais elevadas do que entre as dimensões de diferentes componentes. Contudo, a dimensão vitalidade trata-se de uma exceção uma vez que apresenta valores de correlação idênticos com as dimensões dos dois componentes (Ribeiro, 2005b).

É ainda possível verificar que a correlação de cada dimensão com o componente a que pertence (corrigida para sobreposição) é mais elevada do que a correlação com o outro componente. Apenas é verificada uma correlação superior a 0,70 entre cada dimensão e o componente a que pertence e, na sequência da exceção anteriormente mencionada, entre a dimensão vitalidade e a componente saúde mental (Ribeiro, 2005b).

Para avaliar a fidelidade das dimensões, o autor recorreu à consistência interna, ou Alfa de *Cronbach*. O autor obteve valores entre 0,69 e 0,94, que se encontram dentro dos valores obtidos internacionalmente e próximos dos valores mais altos (Ribeiro, 2005b).

A cotação do questionário SF - 36 é realizada de maneira a que a uma nota mais alta corresponda uma melhor perceção do estado de saúde. Assim sendo, na escala de funcionamento físico, a nota mais elevada corresponde a um melhor funcionamento físico. Da mesma forma, também na escala de dor corporal, a nota mais elevada significa uma ausência de dor (Ribeiro, 2005b).

A cotação deste questionário trata-se de um processo complexo, que se encontra minuciosamente descrito no documento de validação do instrumento (Ribeiro, 2005b) mas que, de uma forma muito resumida, envolve três passos essenciais:

- Recodificar os 10 itens do questionário que precisam de recodificação. Esta recodificação é necessária pois, nos primeiros scores obtidos após a aplicação do questionário, nem sempre o maior score dos itens corresponde a um maior nível de QV. Por exemplo, nas questões “Quanto tempo, nas últimas 4 semanas: se sentiu triste e em baixo” ou “Se sentiu cheio de energia”, a resposta “sempre”, que apresenta score “1” (o valor mais baixo) não apresenta nas duas questões um carácter negativo, sendo então necessário transformar em maior score nas questões em que “sempre” apresenta carácter positivo.

- Calcular as notas brutas de cada dimensão, através da soma dos itens que pertencem à mesma dimensão. Para realização desta soma, é necessário ter em atenção que itens devem ser incluídos em cada dimensão, tal como se encontra descrito na figura 2.

- Transformar as notas brutas das escalas numa escala de 0 a 100. Para se obter esta transformação é necessário recorrer a alguns dos valores que se encontram na figura 2 de modo a aplicá-los na fórmula que será apresentada de seguida:

$$\text{Nota transformada} = \frac{\text{Nota bruta da dimensão} - \text{valor mais baixo possível da dimensão}}{\text{Variação}} \times 100$$

(Ribeiro, 2005b).

**Figura 2 - Itens que constituem cada uma das dimensões do SF-36 e valores que integram o algoritmo da fórmula de conversão em notas de “0” a “100”**

Dimensão	Itens constituintes de cada dimensão	Valor mais baixo e mais elevado possível	Variação
Funcionamento Físico	3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j	10-30	20
Desempenho Físico	4a + 4b + 4c + 4d	4 – 8	4
Dor Corporal	7 + 8	2 - 12	10
Saúde Geral	1 + 11a + 11b + 11c + 11d	5 - 25	20
Vitalidade	9 <sup>a</sup> + 9e + 9g + 9i	4 - 24	20
Funcionamento Social	6 + 10	1 - 10	8
Desempenho Emocional	5a + 5b + 5c + 5d	3 – 6	3
Saúde Mental	9b + 9c + 9d + 9f + 9h	5 - 30	25

Fonte: Adaptado do livro *O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36* (Ribeiro, 2005b)

No entanto, é recomendado que todo este processo de recodificação dos itens e cotação das escalas seja realizado de forma informatizada, utilizando-se para tal, algoritmos (Ribeiro, 2005b), tendo sido essa a metodologia adotada neste trabalho de investigação.

## **2.4. Procedimento**

A colheita de dados foi realizada entre os dias 5 e 17 de Junho de 2019 pelos 21 enfermeiros e estudantes do I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESESJCluny, que foram previamente informados e treinados sobre a correta aplicação dos questionários utilizados no estudo, de modo a evitar viés. Os mestrandos frequentaram 75 horas de seminário para preparação teórica e 100 horas para a operacionalização da colheita de dados, das quais, 50 horas foram para treino e 50 horas para a realização da colheita de dados propriamente dita.

Numa primeira deslocação às instituições, foi realizada uma reunião com os EEER para se ter conhecimento dos clientes a quem este profissional prestou cuidados à data do estudo, sendo estes os potenciais participantes. Estas pessoas foram então informadas individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação, sendo disponibilizada uma folha de informação ao participante, que se encontra no apêndice B. Após informar o potencial participante, esclarecer as dúvidas e validar da compreensão da mesma, os clientes que pretendessem então participar no estudo, assinaram o documento de consentimento informado (apêndice C) em duplicado.

Posto isto, foi aplicado um instrumento de avaliação cognitiva de modo a excluir os clientes com défice cognitivo. Neste caso foi utilizado o MMSTE (anexo A). De seguida, foi aplicado um questionário de avaliação da QV (anexo B) aos clientes acima definidos para o estudo, ou seja, os que não revelaram défice cognitivo. A estes, foi ainda aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica (apêndice A).

A colheita de dados decorreu em todas as unidades de saúde do SESARAM nas quais exista pelo menos um EEER a prestar cuidados, que incluiu unidades hospitalares, centros de saúde, unidades de longa duração e rede regional de cuidados continuados integrados. Trata-se então de um meio natural. É de referir que nas situações em que os cuidados de reabilitação são prestados no âmbito de uma visita domiciliária, a colheita de dados também foi realizada no domicílio do participante.

## **2.5. Métodos estatísticos**

Após a colheita de dados, estes foram introduzidos numa base de dados que foi posteriormente submetida a um processo de limpeza, de modo a garantir a qualidade da análise de dados, com a verificação aleatória e cruzamento de bases para eliminação de erros associados à introdução dos dados. Para eliminar alguns dados em falta, foram realizados alguns contactos aos participantes.

Os dados foram tratados com recurso ao programa (*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25).

Para verificar a normalidade dos resultados, foi realizado o teste de *Shapiro-Wilk*. Uma vez que o resultado do teste revelou que existe violação dos resultados, ou seja, a distribuição não é normal, foram utilizados testes não paramétricos para testar as hipóteses em estudo. Neste caso, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar as medianas.

## **2.6. Considerações éticas**

Antes de se proceder a qualquer colheita de dados, foi realizado um pedido de autorização à comissão de ética do SESARAM para a realização deste projeto de investigação. A Direção de Enfermagem do SESARAM concedeu uma autorização prévia para a realização da colheita de dados ainda durante o período letivo, sendo posteriormente formalizada pela comissão de ética, conforme o documento que se encontra no anexo C. A utilização dos dados para fins de investigação apenas aconteceu após esta formalização.

A colheita de dados foi realizada por enfermeiros que se encontram sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

Ao longo de todo este estudo foi sempre tido em consideração os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade, sugerido pelos conselhos de investigação canadianos, no *Énoncé de politique des trois Conseils* (1998) – Enunciado de Política dos três conselhos de investigação - e que inclui os seguintes princípios éticos:

*“1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre as vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.”*

(Fortin, Côté & Filion, 2009)

Para assegurar o consentimento informado, foi realizado um documento de informação ao participante, no qual constam todas as informações relevantes para o cliente, para que este fosse informado e, posteriormente, desse o seu consentimento por meio de uma assinatura ou impressão digital caso não conseguisse assinar. Estes documentos encontram-se nos apêndices C e D, respetivamente.

Para salvaguardar as condições de privacidade e confidencialidade das pessoas que participaram no estudo, foi utilizado um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição e que irá figurar depois isolado nos questionários e folhas de registo.

Relativamente aos grupos vulneráveis, neste estudo não participaram crianças nem jovens menores de idade. Não participaram ainda sujeitos considerados mentalmente inaptos pois pessoas com défice cognitivo foram excluídas através da utilização do MMSTE. Participaram de facto pessoas internadas em estabelecimentos, contudo, devidamente informadas, havendo sempre o respeito pela recusa ou desistência de participação no estudo.

Houve sempre respeito pela justiça e pela equidade, pois houve imparcialidade e equidade na escolha e aplicação dos métodos. A escolha dos participantes foi realizada de acordo com o problema de investigação e segundo os critérios definidos para a amostra. Da mesma forma, os participantes foram tratados de forma justa e equitativa antes, durante e após a investigação.

Sendo este um estudo de caracterização, não foram identificados inconvenientes para os participantes, de maneira que as vantagens prevalecem sobre os inconvenientes.



## **CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados obtidos nesta investigação.

No total, o questionário MMST foi aplicado a 348 pessoas, 120 pessoas revelaram défice cognitivo e 228 não apresentaram défice cognitivo. O grupo de 228 utentes sem défice cognitivo constituíram a amostra do estudo, tendo sido aplicado o questionário de avaliação de QV (SF – 36). Destes, 65 (28,5%) são do género masculino e 163 (71,5%) são do género feminino.

Para caracterizar a população foram ainda definidos dois intervalos etários: adultos (< 65 anos) e idosos ( $\geq$  65 anos). Dos 228 clientes que não apresentam défice cognitivo, 97 (42,5%) são adultos e 131 (57,5%) são idosos (Tabela 1)

Na mesma tabela, é ainda possível observar que existem 28 homens adultos, 37 homens idosos, 69 mulheres adultas e 94 mulheres idosas, sendo estes os quatro grupos que serão estudados e alvo de comparação.

**Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com status cognitivo, género e intervalos etários**

	N (%)
<b>Status Cognitivo</b>	
Sem défice cognitivo	228 (65,5)
Com défice cognitivo	120 (34,5)
<b>Género</b>	
Masculino	65 (28,5)
Feminino	163 (71,5)
<b>Intervalos etários</b>	
Adultos	97 (42,5)
Idosos	131 (57,5)

Na tabela seguinte (tabela 2) encontra-se a caracterização socio-demográfica de cada um destes quatro grupos, com dados relativos ao local de residência, ao estado civil, à escolaridade, à situação profissional e à situação de vida.

Nesta tabela, é possível observar que, relativamente ao local de residência, a esmagadora maioria (215 clientes, o equivalente a 94,3%) vive em domicílio familiar e 13 pessoas (5,7%) encontra-se institucionalizadas. Relativamente ao estado civil, a maior parte (138 pessoas – 60,5%) são casados ou em união de facto, 49 (21,5%) são viúvos, 26 (11,4%) são solteiros e 15 pessoas (6,6%) são divorciados ou separados. No que toca à escolaridade, 32 pessoas (14,0%) não sabem ler nem escrever, 138 (60,5%) têm o primeiro ciclo do ensino básico, 30 pessoas (13,2%) têm o segundo ou terceiro ciclo do ensino básico, 23 pessoas (10,1%) têm o ensino secundário e 5 pessoas (2,2%) têm um curso do ensino superior. No que concerne à situação profissional, a maioria (141 clientes, o que equivale a 61,8%) é

reformado (a) ou inválido (a), 42 clientes (18,4%) trabalham por conta de outrem, 25 (11,0%) são domésticos, 12 (5,3%) são desempregados e 8 (3,5%) trabalham por conta própria. Por fim, em relação à situação de vida 42 clientes (18,4%) vivem sós, 75 (32,9%) vivem com o cônjuge, 100 pessoas (43,6%) vivem com outros familiares e 11 pessoas (4,8%) não se enquadram em nenhuma das situações anteriores.

**Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as características socio-demográficas**

Variáveis	Masculino				Feminino				Total	
	Adultos		Idosos		Adultos		Idosos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Amostra</b>	28	43,1	37	56,9	69	42,3	94	57,7	228	100,0
<b>Local de Residência</b>										
Instituição	2	7,1	4	10,8	1	1,4	6	6,4	13	5,7
Domicílio Familiar	26	92,9	33	89,2	68	98,6	88	93,6	215	94,3
<b>Estado Civil</b>										
Solteiro(a)	2	7,1	3	8,1	9	13,0	12	12,8	26	11,4
Casado(a)/ União de Facto	23	82,1	24	64,9	47	68,1	44	46,8	138	60,5
Divorciado(a)/ Separado(a)	2	7,1	3	8,1	6	8,7	4	4,3	15	6,6
Viúvo	1	3,6	7	18,9	7	10,1	34	36,2	49	21,5
<b>Escolaridade</b>										
Não sabe ler ou escrever	3	10,7	8	21,6	4	5,8	17	18,1	32	14,0
1º Ciclo do Ensino Básico	10	35,7	22	59,5	37	53,6	69	73,4	138	60,5
2º e 3º Ciclo do Ensino Básico	12	42,9	3	8,1	10	14,5	5	5,3	30	13,2
Ensino Secundário	2	7,1	4	10,8	15	21,7	2	2,1	23	10,1
Ensino Superior	1	3,6			3	4,3	1	1,1	5	2,2
<b>Situação Profissional</b>										
Doméstica	1	3,6			18	26,1	6	6,4	25	11,0
Desempregado	5	17,9	1	2,7	5	7,2	1	1,1	12	5,3
Trabalhador por conta própria	4	14,3	1	2,7	2	2,9	1	1,1	8	3,5
Trabalhador por conta de outrem	11	39,3			28	40,6	3	3,2	42	18,4
Reformado/ Inválido	7	25,0	35	94,6	16	23,2	83	88,3	141	61,8
<b>Situação de Vida</b>										
Vive só	2	7,1	7	18,9	8	11,6	25	26,6	42	18,4
Vive com o cônjuge	6	21,4	16	43,2	21	30,4	32	34,0	75	32,9
Vive com outros familiares	18	64,3	10	27,0	40	58,0	32	34,0	100	43,9
Outra	2	7,1	4	10,8			5	5,3	11	4,8

Na tabela 3 encontra-se a descrição dos antecedentes pessoais dos quatro grupos em estudo.

No total, existem 171 pessoas com dificuldades na mobilidade, o que equivale a 75% das pessoas em estudo. As patologias mais frequentes são: a hipertensão arterial, existente em 134 pessoas (58,8%); seguem-se os problemas ortotraumatológicos, que se verificam em 96 pessoas (42,1%); logo de seguida a dislipidemia, em 77 pessoas (33,8%). Continuando a lista de antecedentes pessoais: 73 pessoas (32,0%) apresentam DM, 56 (24,6%) apresentam problemas cardíacos, 48 (21,1%) apresentam problemas respiratórios, 42 (18,4%) apresentam problemas do foro neurológico, 33 clientes (14,5%) apresentam obesidade, 18 pessoas (7,9%) apresentam doença mental, 13 pessoas (5,7%) apresentam hábitos tabágicos, 13 pessoas (5,7%) apresentam hábitos etílicos e 66 pessoas (28,6 %) apresentam ainda outros antecedentes não especificados.

**Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com os antecedentes pessoais**

Variáveis	Masculino				Feminino				Total	
	Adultos		Idosos		Adultos		Idosos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Amostra</b>	28	43,1	37	56,9	69	42,3	94	57,7	228	100,0
Dificuldade na Mobilidade	19	67,9	31	83,8	37	53,6	84	89,4	171	75,0
Hipertensão	15	53,6	31	83,8	31	44,9	57	60,6	134	58,8
Diabetes Mellitus	8	28,6	15	40,5	13	18,8	37	39,4	73	32,0
Hábitos Etílicos	5	17,9	5	13,5	1	1,4	2	2,1	13	5,7
Problemas Cardíacos	4	14,3	14	37,8	8	11,6	30	31,9	56	24,6
Problemas Respiratórios	4	14,3	10	27,0	12	17,4	22	23,4	48	21,1
Problema Ortotraumatológico	5	17,9	11	29,7	27	39,1	53	56,4	96	42,1
Problema Neurológico	4	14,3	10	27,0	11	15,9	17	18,1	42	18,4
Dislipidemia	7	25,0	14	37,8	21	30,4	35	37,2	77	33,8
Obesidade	1	3,6	11	15,9	4	10,8	17	18,1	33	14,5
Hábitos Tabágicos	7	25,0	4	10,8	1	1,4	1	1,1	13	5,7
Doença Mental	1	3,6	1	2,7	5	7,2	11	11,7	18	7,9
Outros antecedentes	6	21,4	10	27,0	19	27,5	31	33,0	66	28,9

Na Tabela 4 encontra-se descrito, para cada grupo, o motivo de procura dos cuidados de reabilitação.

É possível verificar que o motivo mais frequente é o problema ortotraumatológico, em 119 clientes, que corresponde a 52,2% do total de pessoas em estudo. Segue-se o problema neurológico, em 50 pessoas (21,9%) e o problema respiratório, em 32 pessoas, que representa 14,0% das pessoas em estudo. 16 clientes (7,0%) são seguidos pelo EEER devido a cirurgia recente e 13 pessoas (5,7%) devido a um problema cardíaco, 28 clientes (12,3%) são ainda seguidas por outro motivo não identificado.

**Tabela 4 - Distribuição dos participantes de acordo com o motivo de procura dos cuidados de reabilitação**

Variáveis	Masculino				Feminino				Total	
	Adultos		Idosos		Adultos		Idosos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Amostra</b>	28	43,1	37	56,9	69	42,3	94	57,7	228	100
Problema Cardíaco	0	0,0	4	10,8	2	2,9	7	7,4	13	5,7
Problema Respiratório	4	14,3	5	13,5	7	10,1	16	17,0	32	14,0
Problema Ortotraumatológico	7	25,0	11	29,7	33	47,8	68	72,3	119	52,2
Problema Neurológico	12	42,9	13	35,1	14	20,3	11	11,7	50	21,9
Cirurgia Recente	4	14,3	3	8,1	6	8,7	3	3,2	16	7,0
Outro Motivo	3	10,7	6	16,2	14	20,3	5	5,3	28	12,3

Foram comparados os grupos definidos pelo género (Masculino vs Feminino) e pelas classes etárias (Adultos vs Idosos) no que respeita à idade, ao peso, ao IMC e aos scores do MMSTE. Uma vez que as análises preliminares verificaram a violação dos pressupostos da normalidade dos dados em algumas variáveis, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar as medianas.

Para os dois géneros, o teste de *Mann-Whitney* revelou diferenças com significado estatístico na idade entre adultos e idosos, em homens e mulheres, respetivamente. Foram igualmente identificadas diferenças com significado estatístico no nível cognitivo, avaliado pelo MMSTE, entre adultos e idosos, em homens e mulheres, respetivamente.

O teste de *Mann-Whitney* revelou diferenças com significado estatístico entre homens e mulheres, na Altura e IMC, em adultos e em idosos (Tabela 5).

**Tabela 5 - Valores de teste de hipótese para identificar diferenças de idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e MMST entre grupos definidos pelas classes etárias e pelo género**

	Masculino						Feminino						p <sup>a)</sup>
	n	Média	DP	Mediana	Min.	Max.	n	Média	DP	Mediana	Min.	Max.	
<b>Adulto</b>													
Idade	28	54,1	6,3	55,5*	38,0	62,4	69	53,9	8,5	55,0*	22,2	64,8	.500
Peso	28	73,8	11,0	72,0	54,4	95,0	69	69,9	13,3	68,0	40,0	105,0	.157
Altura	28	169,9	6,4	170,0	159,0	187,0	69	157,8	6,1	158,0	146,0	172,0	<.001
IMC	28	25,6	3,6	25,1	18,9	32,4	69	28,0	4,9	28,1	14,7	37,7	.018
MMST	28	26,6	3,6	28,0*	17,0	30,0	69	27,1	2,8	28,0*	16,0	30,0	.741
<b>Idosos</b>													
Idade	37	75,4	7,8	74,2*	65,4	92,3	94	75,5	6,5	74,5*	65,3	89,4	.826
Peso	36	78,0	17,8	77,0	38,0	135,0	92	73,4	12,5	72,0	48,0	103,0	.091
Altura	36	168,2	6,5	168,0	155,0	185,0	91	157,1	6,6	157,0	140,0	174,0	<.001
IMC	36	27,6	5,9	27,2	14,3	44,6	91	29,9	5,0	29,7	20,2	41,1	.040
MMST	37	24,9	3,7	26,0*	16,0	30,0	94	25,5	3,5	26,0*	16,0	30,0	.363

Nota. \*Significativo,  $p < 0,05$ , Valores do teste de hipótese para identificar diferença entre grupos definidos pelas classes etárias (Adultos Vs Idosos); a) Valores do teste de hipótese para identificar diferenças entre os grupos definidos pelo género (Masculino Vs Feminino).

No que respeita aos níveis de QV, foram comparados os grupos definidos pelas classes etárias (Adultos vs Idosos) e pelo género (Masculino vs Feminino), designadamente nas suas dimensões, componentes e score total do SF -36. Nas mulheres, o teste de *Mann-Whitney* revelou diferenças com significado estatístico entre adultas e idosas nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Funcionamento social e Desempenho emocional; nas componentes física e mental e no score total da QV. Nos homens, o teste de *Mann-Whitney* revelou diferenças com significado estatístico entre adultos e idosos apenas na dimensão Desempenho Físico.

Quer em adultos e quer em idosos, o teste de *Mann-Whitney* não revelou diferenças com significado estatístico entre homens e mulheres, para nenhuma das variáveis analisadas.

Foi ainda possível observar que, em todos os grupos analisados, é na dimensão Desempenho Físico que se verifica o nível de QV mais baixo, com valores de mediana de 0,0 em todos os grupos. Analisando a média, verifica-se os seguintes valores de QV relativamente a esta dimensão: homens adultos - 19,6; homens idosos - 5,3; mulheres adultas - 23,1 e mulheres idosas - 9,8.

No que concerne às duas componentes, é a componente física que apresenta um valor de QV mais baixo em todos os grupos analisados, com os seguintes valores de medianas: homens adultos - 146,6; homens idosos - 116,4; mulheres adultas - 160,6; mulheres idosas - 112,8.

**Tabela 6 - Valores de teste de hipótese para identificar diferenças no nível de QV entre grupos definidos pelas classes etárias e pelo género**

Qualidade de Vida (SF-36)	Masculino						Feminino						p <sup>a)</sup>
	N	Média	DP	Media n.	Min.	Max.	n	Média	DP	Media n.	Min.	Max.	
<b>Adultos</b>													
Função Física	28	38,6	32,8	30,0	0,0	100,0	67	49,1	31,6	50,0*	0,0	100,0	.127
Desempenho físico	28	19,6	34,9	0,0*	0,0	100,0	67	23,1	34,9	0,0*	0,0	100,0	.548
Dor corporal	28	52,4	9,3	55,6	33,3	68,9	67	49,3	11,3	46,7	13,3	68,9	.422
Saúde Geral	28	48,5	16,8	50,0	10,0	77,0	67	49,8	20,1	50,0	5,0	95,0	.893
Vitalidade	28	54,8	23,7	50,0	0,0	100,0	67	52,5	20,4	55,0	10,0	90,0	.719
Funcionamento social	28	52,2	33,0	50,0	0,0	100,0	67	62,7	27,7	62,5*	0,0	100,0	.126
Desempenho emocional	28	35,7	42,5	0,0	0,0	100,0	67	41,3	46,1	0,0*	0,0	100,0	.555
Saúde mental	28	66,7	22,5	70,0	8,0	100,0	67	56,9	23,3	60,0	8,0	96,0	.068
Componente Física	28	159,1	63,8	146,6	65,6	292,8	67	171,4	66,3	160,6*	49,4	330,6	.361
Componente Mental	28	209,5	85,2	201,3	8,0	366,7	67	213,3	93,6	212,7*	18,0	382,0	.785
QoL_SF_36	28	368,6	128,8	341,6	90,8	622,2	67	384,7	145,6	367,4*	67,4	704,6	.683
<b>Idosos</b>													
Função Física	33	27,4	26,2	20,0	0,0	90,0	91	23,5	24,7	15,0*	0,0	100,0	.442
Desempenho físico	33	5,3	18,5	0,0*	0,0	100,0	92	9,8	24,0	0,0*	0,0	100,0	.313
Dor corporal	33	52,9	14,7	48,9	33,3	100,0	92	49,6	13,4	46,7	0,0	82,2	.483
Saúde Geral	31	46,8	17,4	42,0	20,0	82,0	92	40,8	17,3	40,0	5,0	92,0	.126
Vitalidade	33	44,5	21,9	45,0	0,0	95,0	92	47,2	21,5	45,0	0,0	100,0	.546
Funcionamento social	33	52,7	28,6	50,0	0,0	100,0	92	51,4	27,2	50,0*	0,0	100,0	.854
Desempenho emocional	33	18,2	37,4	0,0	0,0	100,0	92	22,5	39,6	0,0*	0,0	100,0	.526
Saúde mental	33	57,0	21,2	56,0	20,0	96,0	92	49,0	22,4	52,0	0,0	100,0	.083
Componente Física	31	132,3	46,4	116,4	78,3	237,6	91	123,7	51,4	112,8*	10,0	330,0	.356
Componente Mental	33	172,3	81,9	152,0	29,0	368,5	92	170,0	84,6	158,5*	24,5	400,0	.788
QoL_SF_36	31	306,2	119,3	289,6	109,6	606,1	91	293,1	119,0	273,9*	112,3	730,0	.516

Nota. \*Significativo,  $p < 0,05$ , Valores do teste de hipótese para identificar diferença entre grupos definidos pelas classes etárias (Adultos Vs Idosos); a) Valores do teste de hipótese para identificar diferenças entre os grupos definidos pelo género (Masculino Vs Feminino).

## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Após se ter observado todos os resultados obtidos a partir deste estudo, é chegada a hora de os analisar e realizar uma pertinente discussão, tendo em consideração a questão de investigação e as hipóteses anteriormente formuladas. Em suma, esta investigação permitiu chegar aos seguintes resultados: na amostra estudada, não existem diferenças com significado estatístico no nível de QV entre homens e mulheres; nos homens, entre adultos e idosos, existe diferença estatisticamente significativa na dimensão desempenho físico; nas mulheres existe diferença com significado estatístico entre adultas e idosas nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Funcionamento social e Desempenho emocional; nas componentes física e mental e no score total da QV.

No que se refere à a hipótese de investigação “Homens apresentam níveis de qualidade de vida mais elevados do que as mulheres”, esta não foi confirmada neste estudo de investigação. Entre homens e mulheres não foram encontradas diferenças com significado estatístico no nível de QV, quer em adultos quer em idosos, para nenhuma das dimensões, componentes ou até mesmo para o score total do nível e QV. Relativamente a esta conclusão, foi encontrada na literatura uma grande divergência de ideias, sendo mais frequente a ideia de que homens apresentam níveis de QV superiores, tal como será verificado de seguida.

Aquando da validação do instrumento SF – 36 para a população portuguesa, o autor obteve valores mais elevados para o género masculino (Ribeiro, 2005b). Também Praça, em 2012, obteve valores significativamente mais elevados para o género masculino em: dor, vitalidade, função social, saúde mental e componente mental. Em contrapartida, Dias & Martins, em 2011, obtiveram valores mais elevados para as mulheres relativamente à saúde mental. Foi encontrado ainda um outro estudo de avaliação da QV de doentes colecistectomizados por colecistite aguda em que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (Castelo, Ribeiro & Castelo, 2008). Relativamente aos estudos internacionais, foram encontrados dois estudos em que não se verifica diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres (Garvin et al., 2016; Pal et al., 2017) e um estudo que revela níveis de QV mais elevados para os homens em todas as dimensões exceto em “saúde geral” (Corbi et al., 2011). É de realçar ainda que, num outro estudo internacional, em que o autor avalia a QV em diferentes grupos e depara-se com diferentes perspetivas em relação à diferença de QV entre os géneros: em pessoas com peso normal, não existe diferença estatisticamente significativa; em pessoas obesas e com DM tipo 2, as mulheres apresentam um nível de QV mais baixo, com significado estatístico (Svenningsson et al., 2011). Perante estes dados, é possível depreender que a

obesidade apresenta maior impacto nas mulheres. Um outro estudo realizado por Choo, Jeon e Lee em 2014, com o objetivo de averiguar se existe relação entre a obesidade abdominal e a QV, na população coreana, revela que este tipo de obesidade tem impacto no nível de QV desta população, sendo este impacto mais significativo nas mulheres. Os autores alertam assim os profissionais de saúde para as diferenças de género associadas a esta problemática. Ora, na população estudada, e ainda que não haja diferença com significado estatístico, são as mulheres idosas que apresentam menor score de QV (média 293,1 e mediana de 273,9). É também neste grupo amostral que se verifica a maior prevalência de obesidade (17 casos, correspondente a 18,1% das mulheres idosas) e o IMC mais elevado (29,9 de média e 29,7 de mediana). Ainda quanto ao valor de IMC, foi verificado que existe diferença com significado estatístico entre homens e mulheres (tanto em adultos como em idosos), sendo este valor mais elevado nas mulheres. Perante os dados observados, e perante a literatura existente (Soares & Silva, 2011; Svenningsson et al., 2011; Choo et al., 2014; Sindhu, et al., 2015), é sugestivo que o fator obesidade tenha apresentado impacto no score de QV das mulheres, particularmente nas mulheres idosas desta amostra.

Atendendo aos resultados obtidos e à literatura existente, são várias as perspetivas existentes relativamente à diferença do nível de QV existente entre homens e mulheres, havendo vários fatores que poderão, ou não, afetar o nível de QV em homens e mulheres de forma diferente. Trata-se de uma questão que desperta alguma curiosidade, sendo por isso uma possível questão para investigações futuras.

Analisando as características da amostra aqui estudada, é possível encontrar alguns dados que podem, ou não, justificar os resultados obtidos. Em primeiro lugar, tem-se uma grande discrepância entre o número de mulheres e o número de homens. Do total dos 228 participantes, 163 são mulheres, o que corresponde a 71,5%, tendo-se apenas 65 homens, o equivalente a 28,5% da amostra. O facto de que o número de homens não chegue a um terço da amostra total pode, de certo modo, condicionar os resultados obtidos. Contudo, é frequente encontrar estudos, realizados em Portugal, em que o número mulheres é superior ao número de homens (Castelo et al., 2008; Soares & Silva, 2011; Praça, 2012; Preto et al., 2015; Camões et al., 2016). Estes resultados são suportados pelos dados no Instituto Nacional de Estatística (2018) que revela que na população portuguesa o número total de mulheres é de 5424251 e o número de homens é de 485236, sendo assim o número de mulheres superior ao número de homens em Portugal.

Entre as pessoas adultas, são os homens que apresentam uma maior percentagem de pessoas com: dificuldade na mobilidade (67,9% dos homens contra 53,9% das mulheres);

hipertensão (53,6% dos homens contra 44,9% das mulheres); DM (28,6% dos homens contra 18,8% das mulheres; hábitos etílicos (17,9% dos homens contra 1,4% das mulheres); problemas cardíacos (14,3% dos homens contra 11,6% das mulheres) e hábitos tabágicos (25% dos homens contra 1,4% das mulheres). Os antecedentes pessoais de saúde em que, entre os adultos, são as mulheres a apresentar maior prevalência são: problemas respiratórios (17,4% das mulheres contra 14,3% dos homens); problema ortotraumatológico: 39,1% das mulheres contra 17,9% dos homens); problema neurológico (15,9% das mulheres contra 14,3% dos homens; dislipidemia (30,4% das mulheres contra 25% dos homens; obesidade (10,8% das mulheres contra 3,6% dos homens; doença mental (7,2% das mulheres contra 3,6% dos homens e outros antecedentes (27,5% das mulheres contra 21,4% dos homens).

Fazendo uma análise geral destes dados, não se consegue identificar nenhum padrão que possa ter impacto no nível de QV. Algumas patologias são mais frequentes nos homens adultos, enquanto que outras são mais frequentes nas mulheres adultas, de forma mais ou menos equilibrada.

Já na população idosa, é possível efetuar uma análise diferente. Neste grupo, é possível verificar que, em grande parte das patologias, os homens apresentam uma maior prevalência. As mulheres apenas apresentam maior prevalência nos seguintes antecedentes pessoais de saúde: dificuldade na mobilidade (89,4%, contra 83,8% dos homens); problema ortotraumatológico (56,4% das mulheres enquanto que apenas 29,7% dos homens apresenta este problema); obesidade (18,1% das mulheres contra 15,9% dos homens); saúde mental (11,7% das mulheres contra 2,7% dos homens) e outros antecedentes (33,0% das mulheres contra 27,0% dos homens). Em todos os restantes antecedentes pessoais de saúde analisados, são os homens idosos que apresentam uma maior percentagem, comparando com as mulheres idosas: hipertensão (presente em 83,8% dos homens e em 60,6% das mulheres); DM (40,5% dos homens contra 39,4% das mulheres); hábitos etílicos (13,5% dos homens contra 2,1% das mulheres); problemas cardíacos (presente em 37,8% dos homens contra 31,9% das mulheres); problemas respiratórios (presente em 27% dos homens contra 23,4% das mulheres); problema neurológico (em 27% dos homens contra 18,1% das mulheres); dislipidemia (presente em 37,8% dos homens contra 37,2% das mulheres); e hábitos tabágicos (presente em 10,8% contra 1,1% das mulheres).

Não foram realizados testes de hipóteses para verificar se estes antecedentes pessoais de saúde influenciam de facto os níveis de QV, fazendo com que os níveis de QV entre homens e mulheres não tenham apresentado diferença estatisticamente significativa quando vários autores sugerem que em indivíduos saudáveis, os homens apresentam níveis

de QV superiores aos das mulheres (Ribeiro, 2005b; Svenningsson et al., 2011; Corbi et al., 2011; Praça, 2012; Bezemer et al., 2012). Contudo, estes dados relativos aos antecedentes pessoais de saúde são sugestivos de justificar, em parte, o facto de que, neste estudo, não haja diferença com significado estatístico entre o nível de QV entre homens e mulheres. Já em 1976, Campbell et al., no seu estudo de investigação sobre a QV na população americana revelou a saúde como o principal domínio da QV. Também Lee e Han (2015), num estudo sobre os fatores que afetam a QV nos homens, concluíram que o estado de saúde e a existência de doenças crónicas apresentam grande impacto no nível de QV. Existem ainda outros autores que corroboram a ideia de que os problemas de saúde apresentam impacto nos níveis de QV (Amini et al., 2010; Pelegrino et al., 2011; Bøhmer et al., 2014; Garvin et al., 2016; Fiest et al., 2017; Nobre et al., 2017; Pall et al., 2017; De Gonçalves de Oliveira et al., 2019; Usmanova et al., 2019). Nezu et al. (2014) realizou um estudo em japoneses, chegou à conclusão de que a DM apresenta impacto na componente física da QV, independentemente de outras situações crónicas. Por outro lado, Pölluste et al. (2016) realizou um estudo sobre o impacto de hábitos etílicos em pessoas com e sem doença crónica. Concluiu que o uso excessivo de álcool apresenta uma associação inversa com o nível de QV, independentemente do género ou estado de saúde. Ainda assim, este mesmo autor constatou os benefícios do consumo moderado de álcool, verificando um efeito positivo no nível de QV. Ora, tanto a DM como os hábitos etílicos são mais frequentes nos homens, tanto em adultos como em idosos, pelo que se pode considerar uma possível justificação para os valores de QV obtidos.

Em contrapartida, Orfina et al., (2006), num estudo que teve como intuito averiguar o papel da capacidade funcional e das condições crónicas na QV dos idosos, tendo em consideração as diferenças de género, demonstrou que é pouco provável que o fator género seja preditor da QV, uma vez que esta é quase sempre explicada pela capacidade funcional e pelas condições crónicas existentes.

Novos estudos sobre o tema poderão ser úteis para clarificar de que modo estas patologias apresentam impacto na QV e averiguar se existe diferença entre homens e mulheres no nível de QV quanto ao impacto de cada doença.

Relativamente à hipótese de investigação “Clientes idosos apresentam níveis de qualidade de vida mais baixos do que os adultos”, os dados do estudo revelaram que sim, os valores de QV dos idosos são genericamente mais baixos do que nos adultos, com resultados estatisticamente significativos. Foi verificado que, nas mulheres, há diferença com

significado estatístico na QV entre adultas e idosas nas seguintes dimensões: função física, desempenho físico, funcionamento social, desempenho emocional. Foi ainda verificada diferença no nível de QV entre adultas e idosas na componente física e mental, bem como no score total de QV. Já nos homens, há diferença estatisticamente significativa no nível de QV entre adultos e idosos apenas na dimensão desempenho físico.

Esta diferença do nível e QV entre adultos e idosos, já havia sido verificada por diversos autores. Um deles foi Ribeiro, em 2005, no seu estudo de validação do instrumento SF - 36 para a população portuguesa. Este autor verificou valores de QV genericamente mais elevados para pessoas com menos idade, havendo um decréscimo acentuado a partir dos 64 anos. Um outro estudo, realizado na RAM por Gouveia et al., em 2017, também revelou resultados significativamente mais baixos em pessoas mais idosas, comparativamente com as mais novas nas seguintes variáveis: na componente física (função física, desempenho físico e saúde geral); na componente mental (vitalidade, desempenho emocional e saúde mental); e no score total do nível de QV.

De uma forma geral, é possível afirmar que estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo no que toca à hipótese de investigação referente às diferenças no nível de QV entre pessoas adultas e idosas, ainda que difiram um pouco no que toca à especificidade de cada dimensão.

Mas os estudos que verificam níveis de QV mais baixos em idades mais avançadas, não se restringem aos que foram anteriormente mencionados. Também Praça, em 2012, no seu estudo realizado em Bragança chegou à mesma conclusão. Foram ainda encontrados alguns estudos internacionais que comprovam que o nível de QV é menor em pessoas com mais idade (Bezemer et al., 2012; Corbi et al., 2011; Amini, et al., 2010).

A principal tendência é, de facto, o nível de QV ser mais baixo em pessoas com mais idade. Porém, foi verificado na literatura que idades mais jovens (sensivelmente inferior a 25 anos), apresentam níveis de QV é inferior ao da faixa etária seguinte. Ainda que no presente trabalho não tenha sido estudado esta faixa etária, foram encontrados quatro estudos em que foi obtida esta conclusão (Ribeiro, 2005b; Pall et al., 2017; Garvin, et al., 2016 e Ware & Sherbourne, 1992). É de realçar que entre estes quatro estudos, encontra-se o autor que fez a validação original do questionário e o autor que fez a validação para a população portuguesa.

Debruçando a atenção sobre as características da amostra, é possível verificar que é na população idosa que se verifica a maior prevalência de antecedentes pessoais de saúde. Os homens adultos apenas apresentam maior prevalência comparativamente com os homens

idosos em: hábitos etílicos (17,9% vs 13,5%), hábitos tabágicos (25,0% vs 10,8%) e doença mental (3,6% vs 2,7%). Já as mulheres adultas apenas apresentam maior prevalência em “hábitos tabágicos” comparativamente com as mulheres de idade mais avançada (1,4% vs 1,1%). Em todos os restantes antecedentes pessoais estudados, é nos idosos que se observa uma maior prevalência. São vários os autores que, através dos seus estudos verificaram a saúde apresenta grande impacto na QV, verificando mesmo que as pessoas que apresentam doenças crónicas apresentam níveis de QV mais baixos (Choo et al., 2014; Nezu et al., 2014; Lee e Han, 2015; Pölluste et al., 2016).

É ainda de realçar que 89,4% das mulheres idosas e 83,8% dos homens idosos apresentam problemas na mobilidade. Orfila et al. (2006), no seu estudo concluiu que capacidade funcional e das condições crónicas influenciam a QV dos idosos.

Foi verificada uma diferença com significado estatístico entre adultos e idosos em relação ao nível cognitivo. Segundo Irigaray, Schneidera e Gomes (2011), que fizeram um estudo que teve como objetivo verificar os efeitos de um treino cognitivo no nível de QV de um grupo de idosos, concluíram que, após o treino, os idosos apresentaram não só melhor desempenho cognitivo como uma melhor percepção de QV. Os autores sugerem assim uma associação entre um bom funcionamento cognitivo e a percepção da QV. Da mesma forma, no presente estudo, o menor nível de QV verificado nas pessoas idosas também se poderá associar ao menor nível cognitivo que se verifica no mesmo grupo de estudo.

Este nível cognitivo mais baixo nas pessoas idosas pode ser explicado, em parte, pelo facto de que, de uma forma geral, na amostra estudada, as pessoas idosas apresentam níveis de escolaridade mais baixos, comparativamente com as pessoas adultas: 21,6% dos homens idosos não sabe ler nem escrever, tal como 10,7% dos homens adultos; já nas mulheres, 18,1% não sabe ler nem escrever, tal como 5,8% das mulheres adultas. Mas na generalidade de toda a amostra estudada (tanto adultos como idosos), os níveis de escolaridade são baixos. Apenas 5 pessoas (do total de 228), o que corresponde a 2,2% é que possui um curso superior, sendo eles: 1 homem adulto, 3 mulheres adultas e 1 mulher idosa, o que reforça a ideia de que são os adultos que apresentam mais escolaridade.

Relativamente às limitações do estudo, considera-se o facto de ter sido aplicado por diferentes pessoas, que poderá, ou não, ter influenciado os resultados. Contudo, no reverso da medalha, este também poderá constituir uma mais valia, pois evita-se o enviesamento que possa existir num só investigador (Fortin et al., 2009).

A presente investigação, por se tratar de um estudo transversal, tem limitações por não se conseguir averiguar se os resultados obtidos se mantêm ao longo do tempo. Este tipo de estudo tem como intuito estudar um determinado acontecimento ou um determinado problema numa população, num dado momento específico (Fortin et al., 2009). Ou seja, neste trabalho de investigação, foi investigado o nível de QV que as pessoas apresentam no dia definido para a colheita de dados. Este aspeto representa uma limitação, pois seria útil um estudo de maior dimensão para se compreender a evolução do nível de QV desta população ao longo do tempo, de que modo evolui e que circunstâncias é que estão envolvidas nesta evolução.

O estudo apresenta outra limitação que tem a ver com o facto de não se ter conseguido obter uma amostra representativa. Sendo a população alvo deste estudo foram os clientes alvo dos cuidados de reabilitação da RAM (N=1814) e considerando um erro amostral não superior a 5%, seriam necessários pelo menos 328 clientes para garantir a representatividade. No entanto, o questionário SF – 36 foi aplicado apenas a 228 pessoas. Contudo, se forem consideradas as 120 pessoas que apresentam défice cognitivo, obtêm-se 348 clientes que foram alvo dos cuidados de reabilitação à data da colheita. Ainda que estes clientes não possam fazer parte do estudo da QV através da aplicação do questionário SF-36, estes dados fornecem informações sobre o nível cognitivo desta população. Na amostra estudada, 120 pessoas apresentam défice cognitivo, o que corresponde a 34,5% da amostra. Esta informação vem despertar os EEER para esta problemática, verificando a necessidade de implementação de programas de reabilitação a nível cognitivo.

Esta exclusão das pessoas que apresentam défice cognitivo remete para uma outra limitação, pois estes 34,5% das pessoas abordadas à data do estudo que apresentam défice cognitivo representam mais de um terço dos participantes e às quais não foi possível avaliar o nível de QV. Trata-se de um valor considerável e que poderia influenciar os resultados.

Apesar das limitações acima apresentadas, este trabalho de investigação também apresenta forças que fazem deste estudo um marco importante para a ER da RAM e, conseqüentemente, para os clientes alvo destes cuidados. Trata-se de um estudo muito inovador para esta área da especialidade uma vez que não foram encontrados estudos de caracterização do nível de QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da RAM, nem do resto do país. O conhecimento existente sobre a QV nos clientes alvo dos cuidados de reabilitação, bem como sobre dados gerais destes clientes é muito limitado. A partir deste estudo foi possível obter vários dados referentes ao perfil das pessoas alvo dos cuidados de reabilitação, tais como dados sociodemográficos, antecedentes pessoais de saúde, o motivo

de seguimento pelo EEER, o estado cognitivo destas pessoas e, o objetivo primordial do estudo, o nível de QV destas pessoas, através do instrumento SF – 36, que permite a avaliação tendo em consideração uma componente física e uma componente mental. Este estudo vem, assim, reforçar este conhecimento, particularmente na região, o que pode servir como ponto de partida para novos estudos e, por sua vez, para a melhoria dos cuidados.

É fundamental que, investigações futuras surjam com o intuito de aumentar o conhecimento sobre intervenções de ER que poderão potenciar a QV destes clientes. Tal como foi mencionado ao longo da discussão, é pertinente o estudo sobre as implicações do género no nível de QV bem como de que forma os diferentes fatores como antecedentes pessoais, situação de vida, entre outros, podem influenciar de forma diferente mulheres e homens.

Tendo em consideração que se verificou que o nível de QV é menor na população com idade mais avançada, torna-se pertinente investigar de que modo se poderá colmatar a diminuição da QV que se verifica com o avançar da idade. Ou seja, de que forma a prática da ER poderá contribuir para que esta diminuição da QV decorrente do envelhecimento não seja tão acentuada. Trata-se de uma questão muito importante, pois o aumento da população idosa é uma realidade em Portugal (SNS, 2018) e, desse modo, torna-se importante implementar medidas que contribuam para a melhoria, ou pelo menos manutenção, da QV dos idosos.

Assim sendo, este estudo apresenta assim um papel importante para a ER, pois além de vir fornecer dados sobre estes clientes, trata-se de uma base para o estudo da QV e para a promoção da mesma, nos clientes alvo dos cuidados de ER.

Tal como foi mencionado anteriormente, o EEER apresenta um papel para a melhoria da capacidade funcional, da satisfação e na QV (Menoita, 2014). Este profissional deve implementar intervenções para que os clientes mantenham a capacidade funcional, evitar incapacidades/complicações que permitem a melhoria ou pelo menos manutenção da QV, socialização e dignidade (Hoeman, 2000). A intervenção da ER visa melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD's e minimizar o impacto das incapacidades já instaladas que possam ter surgido por doença ou acidente. Deste modo, a ER apresenta um papel importante para o cliente uma vez que, através destas intervenções, proporciona assim o direito à dignidade e à QV. A QV constitui também um dos indicadores de avaliação dos ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de ER (OE, 2019). Assim, este estudo é de grande relevância para a especialidade por fornecer dados sobre o nível de QV dos clientes alvo dos cuidados de ER, e por fornecer também conhecimentos sobre a

avaliação da QV. Uma vez que a QV se revela tão importante para esta especialidade, a sua monitorização é essencial e estes dados apresentam grande utilidade por representarem assim valores base para esta população, a partir dos quais se poderão realizar comparações e averiguar a evolução perante algum programa de reabilitação implementado. Surge assim uma questão relativa à pertinência de implementar a avaliação da QV nos serviços, antes de se iniciar qualquer programa de reabilitação. Ainda que a QV seja um indicador dos ganhos em saúde associados a esta especialidade, a sua monitorização não se encontra implementada nas instituições. Considera-se que esta monitorização poderia ajudar a adequar o programa de reabilitação a cada cliente. A monitorização e documentação dos ganhos em saúde associados à QV contribuirá para a dignificação desta especialidade.

Por outro lado, uma vez que o grupo de pessoas idosas foi o que apresentou um score de QV mais baixo, este estudo vem despertar a atenção dos EEER para a importância de elaborar e implementar planos de cuidados específicos para este grupo que visem a melhoria da QV. No entanto, é necessário ter sempre em atenção a importância da QV aquando da elaboração destes planos de cuidados, não apenas na população idosa, mas em todos os clientes, pois se o EEER conseguir ganhos a nível da QV, haverá ganhos em saúde e, no cliente alvo destes cuidados, será promovida a autoestima e a dignidade.

Embora a amostra obtida seja inferior àquela que se tinha considerado necessária para garantir a representatividade da população em estudo, considera-se que o estudo fornece resultados consistentes pois permitem retirar conclusões relevantes: nos clientes alvo dos cuidados de reabilitação, as pessoas idosas apresentam um nível de QV menor do que as pessoas adultas. Por outro lado, nesta mesma população, o nível de QV não difere entre homens e mulheres.



## **CONCLUSÃO**

A realização deste estudo permitiu a avaliação da QV de um conjunto de pessoas alvo de cuidados de reabilitação da RAM. Trata-se de uma avaliação importante, pois a QV constitui um dos indicadores da avaliação dos cuidados de reabilitação. Uma vez que, não foi encontrado nenhum estudo de avaliação de QV dos clientes a quem o EEER presta cuidados, este é, provavelmente o primeiro estudo realizado na região de avaliação da QV deste tipo de pessoas, o que representa um ponto de viragem para a ER da RAM. O carácter inovador constitui assim um dos grandes pontos fortes desta investigação.

A realização desta investigação surgiu com dois grandes objetivos: (1) caracterizar a QV dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação da Região Autónoma da Madeira, tendo em conta o género e a idade; e (2) identificar diferenças relacionadas com o género e idade. Através destes objetivos, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: (1) Indivíduos do género masculino apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida associada à saúde, quando comparado com o género feminino. (2) Indivíduos idosos apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida associada à saúde, quando comparados com indivíduos adultos. Perante esta informação, foi então realizado o trabalho de investigação que permitiu alcançar as seguintes conclusões: a QV é menor nas pessoas com idade mais avançada, sendo que foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre adultos e idosos; e que, nesta população, não existe diferença estatisticamente significativa no nível de QV entre homens e mulheres. Contudo, tal como foi referido na discussão de resultados, as conclusões dos estudos encontrados na revisão de literatura são muito discrepantes no que toca à diferença entre o nível de QV de homens e de mulheres. A ilação que se retira deste aspeto, é que diversos fatores poderão influenciar a QV de forma diferente em homens e em mulheres. Trata-se de um aspeto muito interessante e pertinente para investigações futuras. É algo extremamente relevante para a prática da ER pois poderá determinar a forma como se deve intervir corretamente em cada um destes dois grupos de modo a promover a QV.

Este estudo permitiu fornecer dados relativos ao perfil dos clientes alvo dos cuidados de reabilitação, nomeadamente: o nível de QV, dados sociodemográficos, antecedentes pessoais de saúde, o estado cognitivo, o motivo de seguimento pelo EEER. Dados específicos sobre o nível de QV nos vários grupos definidos para o estudo fornecem informações sobre qual o grupo com menor score de QV, neste caso os idosos. Fica, assim,

a chamada de atenção para os EEER para a importância de elaborar e implementar planos de cuidados adaptados a esta população que apresenta níveis de QV mais baixos, de modo a colmatar ou minimizar esta problemática.

Por todas estas razões, destaca-se a importância de avaliação da QV para o exercício profissional dos EEER bem como para os clientes alvo destes cuidados, sugerindo-se assim a sua implementação antes de se implementar qualquer programa de reabilitação.

Tratou-se de um processo de investigação complexo, que envolveu a colheita de dados numa extensa área geográfica, pois foi necessário falar com todos os EEER da RAM de modo a chegar a todos os clientes alvo dos cuidados de reabilitação no dia determinado para o estudo. Felizmente, esta tarefa foi realizada em equipa, com os restantes estudantes do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESESJCluny, o que permitiu chegar a 348 pessoas em duas semanas. Além disso, o facto de a amostra se referir aos clientes a quem o EEER prestou cuidados num dia específico constituiu uma dificuldade para a colheita de dados, pois nas unidades de internamento de curta duração, o participante poderia ter alta antes que se conseguisse colher os seus dados, pelo que foi necessária uma rigorosa gestão do tempo e das tarefas a desempenhar. É ainda de realçar as limitações de tempo e as rotinas do serviço que também dificultaram a colheita de dados. Deparou-se com um universo de participantes muito distintos, no que se refere à receptividade para a participação no estudo e às diversas dificuldades de comunicação. É também de realçar que nem todos os participantes se encontravam institucionalizados, sendo por isso necessário ir à residência destas pessoas, que se localizam em várias partes da ilha, algumas em locais de difícil acesso e com a agravante das condições meteorológicas diversas e eventuais ataques de animais. Houve ainda situações em que os participantes se recusaram a participar pelo facto de ser necessário assinar o consentimento informado (medo de assinar documentos) e outras situações em que tinham aceitado participar à partida, mas acabaram por desistir durante a colheita. Contudo, a desistência constitui um direito do participante, e este foi informado que poderia desistir em qualquer fase da colheita de dados, tendo sido mantido o respeito perante qualquer que fosse a decisão do cliente. Todos estes fatores, associados ao stress e à ansiedade que são expectáveis perante este tipo de situação, constituíram as principais ameaças e fraquezas deste estudo de investigação.

Mas se por um lado foram verificadas todas estas dificuldades, por outro também é de realçar a competência, a vontade, a persistência, a disponibilidade e a responsabilidade dos investigadores envolvidos. Devido à complexidade do estudo houve um grande planeamento e processo de aprendizagem e treino dos investigadores, o que permitiu também

conhecer um elevado número de instrumentos. A presença do EEER no contexto da prática foi outro fator que facilitou este processo de colheita de dados pois foi este elemento que permitiu que, através de uma reunião, os investigadores ficassem a conhecer minimamente os possíveis participantes do estudo. A grande maioria destes profissionais encontraram-se disponíveis para facultar as informações necessárias, facilitando assim a colheita de dados.

Ainda que complexo, este projeto permitiu envolver as equipas dos diversos serviços neste projeto de investigação. O contacto com a população e a visibilidade e valorização social da ER constituíram também enormes mais valias da realização deste trabalho.

Para concluir, considera-se que este estudo, bem como todo o projeto ER-RAM, constitui um marco importante para a ER pois trata-se de um dos primeiros estudos realizados na RAM sobre esta especialidade e que permite, tal como já foi referido, fornecer conhecimento sobre os clientes alvo dos cuidados de ER, além de que promoveu também a visibilidade e valorização social da Enfermagem de Reabilitação. Esta investigação apresenta um papel essencial para a evolução da profissão cá na região sendo também um ponto de partida fundamental para investigações futuras.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, E. L. de, & Oliveira, M. H. A. de. (2015). Avaliação da qualidade de vida submetidos à hemiartroplastia dos pacientes do quadril / Evaluation of the quality of life of patients undergoing hemiarthroplasty of the hip. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 50(5), 530–536. Doi: 10.1016/j.rbo.2014.09.008
- Alay, H., Özden, K., Erol, S., Çelik, N., Parlak, E., & Parlak, M. (2018). Assessment of Quality of Life of Patients with Chronic Hepatitis B and C Treated with Pegylated Interferon-alpha. *Viral Hepatitis Journal/Viral Hepatit Dergisi*, 24(2), 25–42. Doi: 10.4274/vhd.2017.0016
- Amini, R., Shojaee, H., Haghani, H., Masoomi, M., & Davarani, H. H. (2010). Physical injuries and quality of life in blind war survivors: a cross-sectional study. *Archives of Iranian Medicine*, 13(6), 504–508. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104808652&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Baca, C. B., Vickrey, B. G., Vassar, S., & Berg, A. T. (2015). Disease-targeted versus generic measurement of health-related quality of life in epilepsy. *Quality of Life Research*, 24(6), 1379–1387. Doi: 10.1007/s11136-014-0867-5
- Batista Valdevite, P., Kosour, C., Silvestre Elisei, L. M., Figueiredo E. Castro, L. M., Silva, A. M., ... Dos Reis, L. M. (2018). Benefícios da atividade física em idosos do projeto de extensão Vida Ativa/UNATI. *Fisioterapia Brasil*, 19(4), 472–479. Doi: 10.33233/fb.v19i4.1284
- Benedict, J. J., Golas, A. A., Richter, J. E., & Velanovich, V. (2017). Health-Related Quality of Life and Physiological Outcomes of Peroral Endoscopic Myotomy for Achalasia. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 27(8), 778–783. Doi: 10.1089/lap.2017.0087
- Bezemer, G., Van Gool, A. R., Verheij-Hart, E., Hansen, B. E., Lurie, Y., Esteban, J. I., ... de Knegt, R. J. (2012). Long-term effects of treatment and response in patients with chronic hepatitis C on quality of life. An international, multicenter, randomized,

controlled study. *BMC Gastroenterology*, 12(1), 11. Doi:10.1186/1471-230X-12-11

Bøhmer, E., Kristiansen, I. S., Arnesen, H., & Halvorsen, S. (2014). Health-related quality of life after myocardial infarction, does choice of method make a difference? *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 48(4), 216–222. Doi: 10.3109/14017431.2014.923581

Branco, P. S. (2017). Equipa de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta

Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H.,... Johnston, S. (1979) Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance insurance study, *Medical Care*, 17(7), 1-131. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/459579>

Brown, J. C., Damjanov, N., Courneya, K. S., Troxel, A. B., Zemel, B. S., Rickels, M. R., ... Schmitz, K. H. (2018). A randomized dose-response trial of aerobic exercise and health-related quality of life in colon cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27(2), Doi: 10.1002/pon.4655

Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12(1), 96–105. Doi: 10.6063/motricidade.6301

Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation

Campos, M. O. & Neto, J. F. R. (2008). Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240. Retrieved from <http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>

Caporicci, S., & Neto, M. F. O.. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida.

*Motricidade*, 7(2), 15-24. Retrieved from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-107X2011000200003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2011000200003&lng=pt&tlng=pt).

- Castelo, R. A. V. B., Ribeiro, J. P., & Castelo, H. B. (2008). Qualidade de vida em doentes colecistectomizados por colecistite aguda: cirurgia clássica versus cirurgia laparoscópica *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 5–14. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edssci&AN=edssci.S1645.00862008000100002&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Choo, J., Jeon, S., & Lee, J. (2014). Gender differences in health-related quality of life associated with abdominal obesity in a Korean population. *BMJ Open*, 4(1), e003954. Doi: 10.1136/bmjopen-2013-003954
- Cnossen, M. C., Polinder, S., Vos, P. E., Lingsma, H. F., Steyerberg, E. W., Sun, Y., ... Haagsma, J. A. (2017). Comparing health-related quality of life of Dutch and Chinese patients with traumatic brain injury: do cultural differences play a role? *Health & Quality of Life Outcomes*, 15, 1–10. Doi: 10.1186/s12955-017-0641-9
- Corbi, I. S. A., Dantas, R. A. S., Pelegrino, F. M., & Carvalho, A. R. da S. (2011). Health related quality of life of patients undergoing oral anticoagulation therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 865–873. Doi: 10.1590/S0104-11692011000400003
- Da Silva, L. F. (Org.). (2002). *Promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta
- Farenzena, W. P., Argimon, I. de L., Moriguchi, E., & Portuguese, M. N. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós*, 10(2), 225-243. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/266892176\\_Qualidade\\_de\\_vida\\_em\\_um\\_grupo\\_de\\_idosos\\_de\\_Veranopolis](https://www.researchgate.net/publication/266892176_Qualidade_de_vida_em_um_grupo_de_idosos_de_Veranopolis)
- Dal Boni, A. L. M., Martinez, J. E., & Saccomann, I. C. R. da S. (2013). Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio / Quality of Life of patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 575–580. Doi: 10.1590/S0103-21002013000600011

- De Gonçalves de Oliveira, S. A., De Andrade de Lima, C., Quirino, E. M. B., De Luna Andrade, R. M., De Andrade Lima, A., Silva, M. A. S., ... Pinho, C. M. (2019). Adhesion and Quality of Life in Pulmonary Tuberculosis Patients. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3), 697–706. Doi: 10.5205/1981-8963-v13i03a236594p697-706-2019
- Dias, T. M. P., & Martins, R. M. L. (2011). Qualidade de vida dos idosos submetidos a cirurgia da anca (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola de Saúde de Viseu, Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1657>
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I—Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.
- Fiest, K. M., Greenfield, J., Metz, L. M., Patten, S. B., Jetté, N., & Marrie, R. A. (2017). Discriminative ability of quality of life measures in multiple sclerosis. *Health & Quality of Life Outcomes*, 15, 1–9. Doi: 10.1186/s12955-017-0828-0
- Fleck, M. P. de A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. Doi: 10.1590/S1516-44461999000100006
- Floro, C. da C. T. A. (2007). *A qualidade de vida em doentes com coxartrose artroplastia total da anca: Suporte social e estratégias de coping* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro). Retrieved from <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/468/1/Principal.pdf>
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garvin, P., Nilsson, E., Ernerudh, J., & Kristenson, M. (2016). The joint subclinical elevation of CRP and IL-6 is associated with lower health-related quality of life in comparison with no elevation or elevation of only one of the biomarkers. *Quality of Life Research*, 25(1), 213–221. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1068-6>
- Gomes Teixeira, T., Alsamir Tibana, R., da Cunha Nascimento, D., Sousa da Silva, R. A., Alves de Almeida, J., Balsamo, S., ... Prestes, J. (2015). Qualidade de vida e

síndrome metabólica em mulheres brasileiras: análise da correlação com a aptidão aeróbia e a força muscular. *Motricidade*, 11(2), 48–61. Doi: 10.6063/motricidade.3543

- Gonçalves, F., Marinho, P., Maciel, M., Galindo Filho, V., & Dornelas de Andrade, A. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 121-126. Doi: 10.1590/S1413-35552006000100016.
- Gouveia, É. R. Q., Gouveia, B. R., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J. A., I Badia, S. B., & Freitas, D. L. (2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 26(6), 1561–1569. Doi: 10.1007/s11136-017-1502-z
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10. Retrieved from <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1-db1215f3d4c5>
- Heslin, K. C., Stein, J. A., Heinzerling, K. G., Pan, D., Magladry, C., Hays, R. D., ... Hays, R. D. (2011). Clinical correlates of health-related quality of life among opioid-dependent patients. *Quality of Life Research*, 20(8), 1205–1213. Doi: 10.1007/s11136-011-9858-y
- Hoeman, S. P. (2000). Bases Conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In S. P. Hoeman, S. P. *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação* (2º ed.) (pp. 3-22). Loures: Lusociência
- Hunter, M. S., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., & Grunfeld, E. A. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18(5), 560–563. Doi: 10.1002/pon.1414
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: FORMASAU.

- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *População residente (nº) por local de residência (NUTS - 2013): Sexo e grupo etário: Anual*. Retrieved from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0)
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818.
- Khatri, D., Jaiswal, A., Das, K., Pandey, S., Bhaisora, K., Kumar, R., & Das, K. K. (2019). Health-related quality of life after surgery in supratentorial gliomas. *Neurology India*, 67(2), 467–475. Doi: 10.4103/0028-3886.257998
- Kluthcovsky, A. C. G. C., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3) (Suppl.). Doi: 10.1590/S0101-81082009000400007
- Leão, M. G. de S., Santoro, E. S., Avelino, R. L., Coutinho, L. I., Granjeiro, R. C., & Orlando Junior, N. (2014). Quality-of-life assessment among patients undergoing total knee arthroplasty in Manaus / Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à artroplastia total do joelho em Manaus. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 49(2), 194–201. Doi: 10.1016/j.rboe.2014.03.017
- Lee, K. & Han, S. (2015). Factors affecting the health-related quality of life among male elders. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(6), 65-74. Doi: 10.14257/ijbsbt.2015.7.6.08
- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96. Doi: 10.1590/S0080-62342005000100012
- Maciel, C. T. V., Leite, I. C. G., Soares, R. C., & Campos, R. J. D. S. (2013). Análise da qualidade de vida dos pacientes com câncer de laringe em hospital de referência na região Sudeste do Brasil. *Revista CEFAC*, 15(4), 932-940. Doi: 10.1590/S1516-18462013000400022

- Mahmoudi, H., Jafari, P., & Ghaffaripour, S. (2014). Validation of the Persian version of COOP/WONCA functional health status charts in liver transplant candidates. *Progress in Transplantation*, 24(2), 126–131. Doi: 10.7182/pit2014491
- Menoita, E. C. (Coord.) (2014). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência
- Meyerhoff, J. (2016). Long-term antibiotics after ceftriaxone did not improve quality of life in persistent Lyme disease. *ACP Journal Club*, 165(2), 4. Doi: 10.7326/ACPJC-2016-165-2-005
- Mota, D., & Ribeiro, M. B. (2016). Qualidade de vida em portadores de lesão medular com úlceras por pressão. *Enfermería Global*, 15(42), 22–30. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=114187006&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Neto, I. G. (2014). Prefácio. In A. Costa & M. B. Othero. *Reabilitação em cuidados paliativos* (15). Loures: Lusodidacta
- Nezu, S., Okamoto, N., Morikawa, M., Saeki, K., Obayashi, K., Tomioka, K., ... Kurumatani, N. (2014). Health-related quality of life (HRQOL) decreases independently of chronic conditions and geriatric syndromes in older adults with diabetes: the Fujiwara-kyo Study. *Journal Of Epidemiology*, 24(4), 259–266. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074629/>
- Nobre, D. C., Soares, E. R., Zillmer, J. V. Z., Schwartz, E., Dias, A. J. S. & Da Silva, G. J. S. (2017). Quality of Life of People in Peritoneal Dialysis. *Journal of Nursing UFPE: Revista de Enfermagem UFPE*, 11(10), 4111–4117. Doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201714
- Nunes de Araújo, M. A., Lunardi Filho, W. D., Cunha Leite, L. R., Tu Kun Ma, R., Aparecido da Silva, A., & Souza, J. C. (2014). Nursing students' quality of life. *Revista Rene*, 15(6), 990–997. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000600012
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science &*

*Medicine*, 63(9), 2367–2380. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16884840>

Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Retrieved from [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902\\_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sau%CC%81de.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sau%CC%81de.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata. Retrieved from [http://www.iasaude.pt/attachments/article/153/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o\\_Alma-Ata\\_setembro1978.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/153/Declara%C3%83%C2%A7%C3%83%C2%A3o_Alma-Ata_setembro1978.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Pachioni, F. S. M., Teles Fregonesi, C. E. P., & Mantovani, A. M. (2014). Morfoanalítica therapy in quality of life, stress and flexibility of women after breast cancer surgery. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 12(1), 60–66. Doi: 10.17784/mtprehabjournal.2014.12.167

Pal, B., Murti, K., Ali Siddiqui, N., Das, P., Shekhar Lal, C., Babu, R., ... Rastogi, M. K. (2017). Assessment of quality of life in patients with post kalaazar dermal leishmaniasis. *Health & Quality of Life Outcomes*, 15, 1–7. Doi: 10.1186/s12955-017-0720-y

Pelegriño, V. M., Dantas, R. A. S., & Clark, A. M. (2011). Health-related Quality of Life Determinants in Outpatients With Heart Failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 451–457. Doi: 10.1590/S0104-11692011000300002

Poersch, R. F., Andrade, F. P., Dal Bosco, A., & Rovedder, P. M. E. (2015). Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. *ConScientiae Saúde*, 14(4), 608-616.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (3 mai. 2019). Regulamento n.º 392/2019. *Diário da República n.º 85, 2ª Série*.

- Pölluste, K., Aart, A., Kallikorm, R., Kull, M., Kärberg, K., Müller, R., ... Lember, M. (2016). Adverse lifestyle and health-related quality of life: gender differences in patients with and without chronic conditions. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 44(2), 209–216. Doi: 10.1177/1403494815615763
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência
- Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Braga). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/3612>
- Preto, L. S. R., Cruz, F. C. R. M. da, Mendes, M. E. R., & Novo, A. F. M. P. (2015). Qualidade de vida e saúde de pessoas submetidas a cirurgia de descompressão do nervo mediano / Calidad de vida y salud de personas sometidas a descompresión quirúrgica del nervio mediano / Quality of life and health of people undergoing median nerve decompression surgery. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 101–108. Doi: 10.12707/RIV14046
- Radwanski, M. B., Hoeman, S. P. (2000). Enfermagem de Reabilitação geriátrica. In S. P. Hoeman, S. P. *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação* (2º ed.) (pp. 743-764). Loures: Lusociência
- Renó Moreira, M. M., Blanes, L., da Silva Augusto, F., Gagnani Filho, A., & Masako Ferreira, L. (2016). Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial. *Avances En Enfermeria*, 34(2), 170–180. Doi: 10.15446/av.enferm.v34n2.61617
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, 179-191. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994\\_23\\_179.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf)
- Ribeiro, J. L. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durà (Coords). *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores

- Ribeiro, J. L. P. (2005a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto
- Ribeiro, J.L.P. (2005b). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF - 36*. (S.l.): Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da psicologia da saúde* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso
- Russell, J. C., Flood, V. M., Yeatman, H., Wang, J. J., & Mitchell, P. (2016). Food insecurity and poor diet quality are associated with reduced quality of life in older adults. *Nutrition & Dietetics*, 73(1), 50–58. Doi: 10.1111/1747-0080.12263
- Saquib, N., Brunner, R., Kubo, J., Tindle, H., Kroenke, C., Desai, M., ... Stefanick, M. L. (2013). Self-perceived physical health predicts cardiovascular disease incidence and death among postmenopausal women. *BMC Public Health*, 13(1), 468. Doi: 10.1186/1471-2458-13-468
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*. Retrieved from [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Sindhu, L., Jayakumar, B., & Jayakumari, C.(2015). Predictors of Health Related Quality of Life in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *International Journal of Nursing Education*, 7(4), 118–124. Doi: 10.5958/0974-9357.2015.00204.4
- Soares, A., & Silva, I. (2011). Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para a obesidade: Estudo comparativo entre mulheres com diagnóstico de obesidade clinicamente grave propostas a tratamento cirúrgico e mulheres submetidas a cirurgia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 235–254, 2011. Retrieved from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edssci&AN=edssci.S1645.00862011000200006&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Svenningsson, I., Marklund, B., Attvall, S., & Gedda, B. (2011). Type 2 diabetes: perceptions of quality of life and attitudes towards diabetes from a gender

perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 688–695. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00879.x

- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Usmanova, E., Shchelkova, O., Sushentsov, E., & Valiev, A. (2019). Quality of Life and Attitude to Disease in Patients with Bone Tumors. *Sleep & Hypnosis*, 21(1), 51–59. Doi: 10.5350/Sleep.Hypn.2019.21.0172
- Vaneli, C. P., & De Freitas, E. B. (2011). Qualidade de vida de pacientes em clínica de hemodiálise em uma cidade brasileira de médio porte. *HU Revista*, 37(4), 457-462. Retrieved from <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1675/608>
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- World Health Organization. (1997). *Programme on mental health: WHOQOL measuring quality of life*. Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrieved from [https://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/)
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (Organização Pan-Americana da Saúde, Trans.). Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1)



## **ANEXOS**

# Anexo A - Mini Mental State Test Examination (MMSTE)



*Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira:*

*- Um estudo de caracterização*

---

*Rehabilitation Nursing in the Autonomous Region of Madeira:*

*- A characterization study*

IDNR 

•	•	•			
---	---	---	--	--	--

## MINI-MENTAL STATE TEST EXAMINATION

Versão Original de Folstein, Folstein & McHugh (1975),  
Validado para a população Portuguesa por Guerreiro et al., (1994).

Investigador: \_\_\_\_\_

**Nota para o investigador:** Reunir material necessário para a elaboração do teste: lápis ou caneta, folha em branco e folha com a inscrição “**feche os olhos**”. (Manual de Instruções **pág. 4** )

IDNR 

•	•					
---	---	--	--	--	--	--

### Mini-Mental State Examination

#### Estado Mental

Vou fazer-lhe algumas questões. A maior parte são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.

#### Orientação no Tempo

	0	1
Em que ano estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que mês estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que dia do mês estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que estação do ano estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que dia da semana estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Orientação no Espaço

	0	1
Em que país estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que distrito vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que terra vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que casa estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E que andar estamos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agora, vou dizer-lhe 3 palavras. Queria que as repetisse e que tentasse decorá-las, porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas 3 palavras.

As palavras são: PÊRA, GATO, BOLA. Repita as 3 palavras.

(Repetir todas as palavras até serem totalmente aprendidas, num máximo de 6 tentativas. Se as palavras não forem aprendidas não se pode fazer a prova de evocação.)

Registar as tentativas.

Pêra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Retenção

	0	1
Pêra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atenção e Cálculo

Agora, peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar.

(Parar ao fim de cinco respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuar a subtrair corretamente a partir do

erro, conta-se como um único erro.)

	0	1
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o sujeito não conseguir executar a tarefa faz-se, em alternativa, uma outra:

Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio. A palavra: PORTA.

	0	1
A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se o sujeito for analfabeto, faz-se em alternativa:

Vou dizer-lhe 3 números e queria que me dissesse esses 3 números, mas ao contrário, isto é, do último para o primeiro. Os números são: 5, 9, 2.

	0	1
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Evocação

Agora veja se me consegue dizer quais foram as 3 palavras que lhe pedi há pouco para decorar.

	0	1
Pêra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bola**

**Nomeação**

Como se chama isto?

Mostrar um: Relógio de Pulso  
Lápis

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Repetição**

Repita a frase: O rato rói a rolha

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Compreensão Verbal**

Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita e dobre-o ao meio e coloque-o no chão.

0	1	
Mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Compreensão leitura**

Leia e cumpra o que diz neste cartão "feche os olhos". (Mostrar a frase num cartão. Se o sujeito for analfabeto, o examinador deverá ler-lhe a frase.)

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Escrita**

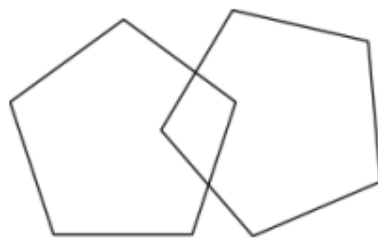
Escreva uma frase.  
(Deverá ter sujeito, verbo e ter sentido. Erros gramaticais e troca de letras não são relevantes)

0	1	
Escreve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Desenho**

Copie o desenho que lhe vou mostrar neste cartão \*  
(Deverão estar presentes 10 ângulos e 2 deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não são relevantes.)

0	1
Desenha	<input type="checkbox"/>



Total pontuação: \_\_\_/30

## Anexo B - Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF - 36)



*Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira:*

*- Um estudo de caracterização*

---

*Rehabilitation Nursing in the Autonomous Region of Madeira:*

*- A characterization study*

IDNR 

•	•	•		
---	---	---	--	--

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

(SF-36)

Versão Original de John E. Ware e Cathy Donald Sherbourne (1992),  
validado para a população portuguesa por José Luís Pais Ribeiro (2005).

Investigador: \_\_\_\_\_

**Nota para o Investigador:** Só Preencher este questionário se o cliente **Não apresentar** défice cognitivo segundo score da escala *Mini Mental State Test Examination* (Manual de Instruções **pág. 6** ).

**QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (SF-36)**

Versão original de Ware & Sherbourne (1992), validado para a população portuguesa por Ribeiro (2005).

**Instruções:**

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

É importante salientar que, para evitar um enviesamento causado pela interação do cliente com o prestador de cuidados, se o questionário for aplicado na área clínica, deve ser preenchido antes de responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença.

<b>1. Em geral, diria que a sua saúde é:</b>				
Ótima 1	Muito Boa 2	Boa 3	Razoável 4	Frac 5
<b>2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:</b>				
Muito Melhor 1	Com algumas Melhorias 2	Aproximada mente igual 3	Um pouco pior 4	Muito Pior 5

Para responder coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

<b>3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto:</b>			
	Sim muito limitado/a 1	Sim um pouco limitado/a 2	Não nada limitado/a 3
a) Atividades violentas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas (1 lanço=10 degraus)	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinhar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar, mais de 1 quilómetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

<b>4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?</b>		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

<b>5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?</b>		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

<b>6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?</b>				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

<b>7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores?</b>					
Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

<b>8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?</b>				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

**9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.**

Por cada pergunta coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

<b>Quanto tempo nas últimas 4 semanas:</b>	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

**10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?**

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

**11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações?**

Ponha uma cruz em cada linha:	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5

b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

## Anexo C – Autorização da Comissão de Ética do SESARAM



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

*"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização." 31-7-19*

*Autorização de  
Tufexiana o proponent  
da decisão  
31-7-19*

### A – RELATÓRIO

**A.1** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento N.º 35 de 2019, pedido submetido pela **Prof.ª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.

**A.2** O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.

**A.3** Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

#### **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

- B.1** Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.
- B.2** Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

#### **C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS**

- C.1** Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.
- C.2** Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

#### D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de Julho de 2019 da CES por unanimidade.

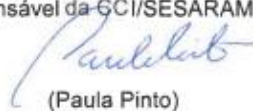
Aprovado após avaliação pela CCI.

O presidente da CES/SESARAM, EPE

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Ricardo Santos)



(Paula Pinto)

## **APÊNDICES**

# Apêndice A – Questionário de Caracterização Socio-Demográfica



IDNR 

•	•				
---	---	--	--	--	--

## QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

(Versão Geral, Clientes)

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Local de Residência: Instituição (Lar)  Domicílio

3. Género: Feminino  Masculino

4. Estado Civil: Solteiro(a)

Casado(a)/União de Facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

5. Escolaridade: Não sabe ler nem escrever  Ensino Básico - 1º Ciclo

Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo  Ensino Secundário (10º ao 12º ano)

Ensino Superior (1º ciclo e/ou superior)

6. Situação Profissional: Estudante  Doméstica

Desempregado  Trabalhador por Conta Própria

Trabalhador por Conta de Outrem  Reformado/Inválido

7. Situação de Vida: Vive sozinho(a)  Vive com Cônjuge

Vive com Familiares  Outra

7.1. Tem apoio de cuidador informal? Sim  Não

(Se Sim, PREENCHER Anexo III - Cuidador Informal, SE Cliente alvo de cuidados tiver idade ≥ 65 anos)

8. Peso: \_\_\_\_\_ (Kg)

9. Altura: \_\_\_\_\_ (cm)

10. Vamos agora, falar da sua Saúde. Como considera a sua saúde atual?

Má  Fraca  Razoável  Boa  Muito Boa  Não Aplicável

11. Comparando-se com pessoas da sua idade, como considera a sua saúde?

Não Sabe       Pior       Idêntica       Melhor       Não Aplicável

**12. Antecedentes de saúde:**

- |                                     |                          |                    |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Hipertensão Arterial (HTA)          | <input type="checkbox"/> | Obesidade          | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes <i>Mellitus</i>            | <input type="checkbox"/> | Hábitos Tabágicos  | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos Etilícos                    | <input type="checkbox"/> | Doença Mental      | <input type="checkbox"/> |
| Problema do Foro Cardíaco           | <input type="checkbox"/> | 12.1. Qual? _____  |                          |
| Problema do Foro Respiratório       | <input type="checkbox"/> | 12.2. Qual? _____  |                          |
| Problema do Foro Ortotraumatológico | <input type="checkbox"/> | 12.3. Qual? _____  |                          |
| Problema do Foro Neurológico        | <input type="checkbox"/> | 12.4. Qual? _____  |                          |
| Outros                              | <input type="checkbox"/> | 12.5. Quais? _____ |                          |

**13. Contexto de Cuidados:**

- Hospital   
13.1. Tempo de Internamento: \_\_\_\_\_ (dias) 13.1.1. Serviço: \_\_\_\_\_  
- Cuidados Continuados  13.2. Qual? \_\_\_\_\_

(Se Sim, PREENCHER Grupo 3 - Unidade de Internamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados)

- Centro de Saúde  13.3. Qual? \_\_\_\_\_

(Se Sim, PREENCHER Grupo 4 - Cuidados de Saúde Primários)

**14. Tem dificuldades na mobilidade?** Sim  Não

14.1. Quais: \_\_\_\_\_

**15. Tem dificuldades sensitivas (i.e. órgãos dos sentidos)?** Sim  Não

15.1. Quais: \_\_\_\_\_

**16. Usa óculos?** Sim  Não

**17. Usa aparelho auditivo?** Sim  Não

**18. Usa prótese dentária?** Sim  Não

**19. Utiliza outro tipo de prótese?** Sim  Não

19.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**20. Utiliza alguma ortótese ou ajuda técnica?** Sim  Não

Se **Sim**, especifique:

Ortótese para o tronco  20.1. Qual? \_\_\_\_\_

Ortótese para os membros superiores  20.2. Qual? \_\_\_\_\_

Ortótese para os membros inferiores  20.3. Qual? \_\_\_\_\_

Outro tipo de ortótese ou ajuda técnica  20.4. Qual? \_\_\_\_\_

**21. Faz medicação habitualmente?** Sim  Não

21.1. Quantos medicamentos toma por dia? \_\_\_\_\_

21.2. Se sim, a que órgão se destina?

Trato alimentar e metabolismo

Sangue e órgãos produtores de sangue

Sistema cardiovascular

Dermatológico

Sistema genitourinário e hormonas sexuais

Outras hormonas sistémicas

Anti-infecciosos sistémicos gerais

Antineoplásicos e imunossuppressores

Sistema musculoesquelético

Sistema nervoso central

Antiparasíticos

Sistema respiratório

Órgãos sensoriais

Vários

**22. O seu Diagnóstico Médico atual é de:**

Acidente Vascular Cerebral

Traumatismo crânio-encefálico

Traumatismo Vertebro Medular

Doença Neurológica Degenerativa  22.1. Qual? \_\_\_\_\_

Outras patologias do foro neurológico  22.2. Qual? \_\_\_\_\_

Doença Cardiovascular  22.3. Qual? \_\_\_\_\_

Doença Respiratória  22.4. Qual? \_\_\_\_\_

Outro  22.5. Qual? \_\_\_\_\_

**23. Qual foi o motivo de procura dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação?**

- Problema do Foro Cardíaco  23.1. Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do Foro Respiratório  23.2. Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do Foro Ortopedico  23.3. Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do Foro Neurológico  23.4. Qual? \_\_\_\_\_
- Cirurgia Recente  23.5. Qual? \_\_\_\_\_
- Outro  23.6. Qual? \_\_\_\_\_

**24. No último mês, teve algum dos seguintes sintomas:**

- Dor
- Dispneia
- Cansaço Fácil

**25. Há quanto tempo é seguido pelo Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação?**

\_\_\_\_\_ (dias).

**26. Número de sessões semanais com o Enfermeiro(a) de Reabilitação? \_\_\_\_\_**

**27. Recebe Cuidados de Reabilitação de Outro Profissional de Saúde, que não um Enfermeiro(a) de Reabilitação?**

- Sim  27.1. Qual? \_\_\_\_\_
- Não

**28. Esteve internado(a) no último mês?**

- Sim
- Não

**28.1. Se Sim, em que serviço? \_\_\_\_\_**

## Apêndice B – Folha de Informação ao Participante



### **Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização**

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

### **Folha de Informação ao Participante**

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que informação sobre a sua saúde em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação de que é alvo será recolhida e analisada.

#### **Qual é o Objectivo deste Estudo?**

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: o nível de independência, qualidade de vida, atividade física, dependência dos cuidados de reabilitação, satisfação, preparação para a alta, equilíbrio, força e capacidade aeróbica.

#### **O que é que este estudo envolve?**

No que respeita ao cliente alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de entrevista e avaliações clínicas simples (como a avaliação da força, equilíbrio, frequência cardíaca e outras). No que se refere aos cuidadores, a recolha dos dados será através de questionário de auto-preenchimento.

#### **Onde decorrerão as atividades deste estudo?**

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E, que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

**A quem é pedido para participar?**

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público ou é cuidador informal.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como, muitas pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, voluntários residentes na Região Autónoma da Madeira.

**Existem risco nesta participação?**

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o cliente. Os testes físicos realizados serão de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas actividades de vida diárias, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

**Existem benefícios por participar?**

Todos os participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar outros clientes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

**Quem terá acesso à minha informação?**

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

**Quais serão as condições de privacidade?**

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

**Existem custos envolvidos?**

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais, além das já previstas para a deslocação ao local onde é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

**Que tempo terei de despende?**

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para um momento de avaliação (com fraccionamento e marcação de acordo com a sua disponibilidade), com a duração máxima de 1 hora.

**Quais são os meus direitos?**

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

**A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?**

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

---

Data: \_\_\_\_\_

## Apêndice C – Documento de Consentimento Informado



### Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrados de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

### Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Participante. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação