

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A DOR E A QUALIDADE DE VIDA DOS
ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA:
Estudo descritivo**

Mara Carolina Pereira Vieira Pereira

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

**Funchal,
2021**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**A DOR E A QUALIDADE DE VIDA DOS
ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA:
Estudo descritivo**

Mara Carolina Pereira Vieira Pereira

Orientadora: Prof.^a Merícia Bettencourt

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

**Funchal,
2021**

Minha dor é velha
Como um frasco de essência cheio de pó.
Minha dor é inútil
Como uma gaiola numa terra onde não há aves,
E minha dor é silenciosa e triste
Como a parte da praia onde o mar não chega...

Álvaro de Campos in "Acordar", Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

O terminar desta dissertação de mestrado é para mim um momento muito importante e de felicidade que tenho a oportunidade de partilhar com todos os que me apoiaram nos bom e maus momentos deste percurso académico.

Aos meus *Pais*, pelo amor, dedicação, apoio e confiança constantes. Agradeço-vos do fundo do coração pelos vossos conselhos e pelos princípios que me transmitiram que fazem de mim a pessoa que sou hoje.

Aos meus *Avós*, pelo profundo amor e carinho demonstrado durante toda a minha vida e por me ajudarem a concretizar os meus sonhos, essencialmente às minhas avós que partiram durante esta etapa do meu percurso académico.

Ao meu *Marido*, pelo amor, pela paciência, pela maneira carinhosa como lidou comigo nesta etapa da nossa vida e por toda a alegria que me contagiou em muitos momentos.

À minha *Irmã*, pela ajuda, atenção, cumplicidade e amizade que sempre transmitiu durante estes longos meses.

A minha orientadora *Prof.^a Dra Merícia Bettencourt.*, o meu sincero reconhecimento pelo apoio, orientação, incentivo, disponibilidade e por todos os ensinamentos a mim transmitidos durante a realização deste trabalho.

A toda a minha *Família e Amigos*, que tão sabiamente e sem poderem contribuir diretamente, deram-me apoio e incentivo para concluir esta nova etapa da minha vida.

Aos meus *colegas de curso* que me acompanharam, pelo seu companheirismo, trocas de conhecimentos, e aqueles que ficaram marcados pelas grandes Amizades.

Aos meus *colegas de trabalho*, os quais sempre se demonstraram recetivos a facilitar horários, um muito obrigado a equipa da UILD- Atalaia, e a cirurgia 2ºNascente.

Por último, mas não menos importante a todos os *Professores e Profissionais dos Hospitais e Centros de Saúde* onde estaguei, pelos valiosos conhecimentos que transmitiram e *Colegas de curso* que tive o prazer de conhecer durante este percurso.

...O muito obrigado a todos os que contribuíram para esta fase importante de um processo transitório e digno de bastante dedicação nesta fase da minha vida...

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, elaborou-se a dissertação de mestrado “A dor e a qualidade de vida do Enfermeiro de Reabilitação”. A dor é, atualmente, um problema para inúmeras pessoas em todo o mundo, podendo mesmo ser considerado um problema de saúde pública. Problema que afeta a qualidade de vida, o dia-a-dia da população portuguesa, e como consequência os enfermeiros de reabilitação.

Tendo como objetivos avaliar a presença e os níveis de dor dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, avaliar a qualidade de vida do EEER, e verificar se a qualidade de vida está relacionada com a presença de dor, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo e transversal. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário, o qual incluiu, questões relativas às características sociodemográficas, a escala numérica da dor e o instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida - Medical Outcomes ShortForm Health Survey (SF - 36).

A amostra foi de 114 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 61,4% do género feminino, maioritariamente casados ou em união de fato, dos quais 18,4% referem dor ligeira, 15,7% dor moderada e 3,7 % dor intensa.

Evidenciou-se que a qualidade de vida do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação diminui com a presença de dor.

Porque a presença de dor nos enfermeiros de reabilitação é uma realidade e porque a evidência revela que a presença de dor afeta a qualidade de vida destes enfermeiros e, eventualmente a qualidade dos cuidados prestados, sugerimos que sejam reforçadas as condições do exercício profissional e que se continue a investigar nesta área, de modo a que compreendido melhor este fenómeno se possam implementar medidas nos vários âmbitos de atuação dos enfermeiros de reabilitação.

Palavras-chave: Dor, qualidade de vida, enfermagem de reabilitação.

ABSTRACT

As part of the 1st Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the School of Nursing of São José de Cluny, the master's thesis "The pain and quality of life of rehabilitation nurses" was elaborated. Pain is currently a problem for countless people around the world and can even be considered a public health problem. A problem that affects the quality of life, the day-to-day life of the Portuguese population, and as a consequence rehabilitation nurses.

With the objectives of evaluating the presence and pain levels of Nurses Specialists in Rehabilitation Nursing, assess the quality of life of the EEER, and verify that quality of life is related to the presence of pain, a quantitative, descriptive and cross-sectional study was developed. The data collection instrument used was a questionnaire, which included questions related to socio-demographic characteristics, the numerical scale of pain and the generic instrument for assessing quality of life - Medical Outcomes ShortForm Health Survey (SF - 36).

The sample consisted of 114 nurses who specialize in rehabilitation nursing, 61.4% female, mostly married or in fact union, of which 18.4% reported mild pain, 15.7% moderate pain and 3.7% severe pain.

It was evidenced that the quality of life of the nurse specialized in rehabilitation nursing decreases with the presence of pain.

Because the presence of pain in rehabilitation nurses is a reality and because the evidence reveals that the presence of pain affects the quality of life of these nurses and, where appropriate, the quality of care provided, we suggest that the conditions for professional practice be strengthened and that further investigation scans be carried out in this area, so that this phenomenon is better understood, measures can be implemented in the various areas of action of rehabilitation nurses.

Keywords: Pain, quality of life, rehabilitation nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APA – American Psychological Association
- APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
- ARN – Association of Rehabilitation Nurses
- CF – Componente Físico
- CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CM – Componente Mental
- DC – Dor corporal
- DE – Desempenho Emocional
- DF – Desempenho Físico
- DGEEC – Direcção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- DP – Desvio Padrão
- Dra – Doutora
- EEER – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
- FF – Funcionamento Físico
- FS – Funcionamento Social
- IASP – International Association for the Study of Pain
- ICN – International Council of Nurses
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IQOLA – International Quality of Life Assesment
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PIB – Produto Interno Bruto
- QdV – Qualidade de Vida
- QVT – Qualidade de Vida no Trabalho
- RAM – Região Autónoma da Madeira
- Rho – Correlação de Spearman
- SESARAM, epe – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, e.p.e.

SF – Short Form

SG – Percepção Geral de Saúde

SM – Saúde Mental

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VT – Vitalidade

ÍNDICE

Introdução	21
1. Enquadramento teórico.....	25
1.1. A dor, e a sua evolução.....	25
1.1.1. Classificação da dor	28
<i>1.1.1.a. Dor Aguda.....</i>	<i>28</i>
<i>1.1.1.b. Dor Crónica.....</i>	<i>28</i>
1.2. Qualidade de vida.....	30
1.3. Enfermagem de Reabilitação	32
2. METODOLOGIA.....	37
2.1. Paradigma e Tipo de estudo	37
2.2. Problema de investigação	38
2.3. Objetivos da investigação	38
2.4. Variáveis em estudo.....	38
2.5. População alvo e amostra	39
2.6. Instrumento de colheita de dados	39
2.6.1. Escala da dor – Numérica	40
2.6.2. Medical Outcomes ShortForm Health – SF 36	40
<i>2.6.2.a. Descrição do instrumento</i>	<i>41</i>
2.7. Procedimentos administrativos e éticos.....	42
2.8. Tratamento dos dados.....	42
3. Apresentação e análise dos resultados	45
3.1. Caracterização da amostra.....	45
3.2. Caracterização da variável dor	50
3.3. Caracterização da variável Qualidade de vida.....	56
3.4. Correlação entre a Qualidade de Vida e a Dor.....	57
4. Discussão dos dados.....	61
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	79
ANEXO A – VALIDAÇÃO DO SF 36.....	81
ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO	91

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA.....	93
ANEXO D – SF 36.....	97

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização da amostra – Género.....	46
TABELA 2 – Caracterização da amostra – Estado Civil.....	47
TABELA 3 – Caracterização da amostra – Filhos.....	48
TABELA 4 – Caracterização da amostra – Formação Académica.....	49
TABELA 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a presença da dor.....	50
TABELA 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis da dor.....	51
TABELA 7 – Caracterização do tipo de dor segundo a idade.....	53
TABELA 8 – Caracterização do tipo de dor segundo o estado civil.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Escala Numérica da Dor.....	40
FIGURA 2 – Caracterização da amostra: Idade.....	46
FIGURA 3 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o tipo de dor.....	53
FIGURA 4 – Caracterização do tipo de dor segundo a formação académica.....	55
FIGURA 5 – Caracterização da qualidade de vida segundo os domínios do SF-36.....	56
FIGURA 6 – Caracterização da qualidade de vida segundo as suas duas componentes....	57
FIGURA 7 – Caracterização da qualidade de vida.....	58
FIGURA 8 – Correlações bivariadas de Spearman (Rho) entre a Score de Qualidade de Vida e intensidade da dor.....	58
FIGURA 9 – Correlação entre dimensões do SF-36 e entre estas e os componentes.....	82
FIGURA 10 – Pontuação referente ao SF 36.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Caracterização da amostra – Género.....	47
GRÁFICO 2 – Caracterização da amostra – Estado Civil.....	48
GRÁFICO 3 – Caracterização da amostra – Filhos.....	49
GRÁFICO 4 – Caracterização da amostra – Formação Académica.....	50
GRÁFICO 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a presença da dor.....	51
GRÁFICO 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis da dor.....	52
GRÁFICO 7 – Caracterização do tipo de dor segundo a idade.....	54
GRÁFICO 8 – Caracterização do tipo de dor segundo o estado civil.....	55

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, decorrido entre 2018 e 2020, na Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica, lecionada na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC), é imperativo a elaboração de uma dissertação, a nível individual, por forma a aprofundar e consolidar conhecimentos no domínio da investigação, ao mesmo tempo que a evidência resultante do processo de investigação possa sustentar, no futuro, a nossa prática profissional com enfoque na enfermagem de reabilitação. Simultaneamente, o meu processo de aquisição de competências como mestre em Enfermagem de Reabilitação consolida-se.

Este estudo revela um especial interesse por dois grandes temas a dor e a qualidade de vida do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) a exercer funções na Região Autónoma da Madeira. Estes temas foram escolhidos pelo meu interesse em verificar se a dor altera ou não o dia-a-dia do EEER, interesse este que surgiu após verificar em vários estudos relacionados com a dor, nomeadamente o de Rabiais *et al.* (2003), em que estes evidenciaram que 73.7% dos participantes no seu estudo manifestaram ter tido, pelo menos, um episódio de dor nos últimos sete dias. Por outro lado, na área da enfermagem de reabilitação ainda existem poucos estudos realizados, o que se torna uma preocupação, em específico acerca da qualidade de vida e da dor do EEER.

Para maior compreensão do tema, é importante a contextualização dos conceitos acima descritos. A dor constitui, atualmente, um enorme obstáculo no quotidiano de milhares de pessoas em todo o mundo. A dor é um sintoma complexo, sentido por todos os seres humanos ao longo da vida. Em 2003, a Direção Geral de Saúde (DGS) definiu a dor como uma experiência multidimensional desagradável, que tem em conta, não só a componente sensorial, mas também a componente emocional da pessoa que sofre. A mesma fonte acrescentou que a dor também está associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, verificando assim que existe uma grande variedade na perceção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Mais recentemente, a DGS, em 2017, acrescenta que a abordagem às pessoas com dor deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional. Pelas razões anteriormente expostas, a dor é considerada um problema de saúde pública, não só pelo que provoca a nível individual, mas pelas repercussões que terá a diferentes níveis sociais e económicos.

Por outro lado, somos atualmente confrontados com a mudança dos hábitos de vida das pessoas, com o aumento da idade média e com as comorbilidades associadas, as quais requerem a disponibilização de cuidados de enfermagem de reabilitação, o que leva a que os enfermeiros, também eles, possam vir a sofrer de dor relacionada com o esforço físico despendido ou adoção de posturas incorretas, com o inevitável aparecimento de dor, que, por sua vez, irá afetar a sua vida pessoal e profissional, com repercussões na sua qualidade de vida.

A temática da qualidade de vida (QdV) tem tido um grande desenvolvimento na área da investigação. As definições de qualidade de vida nunca foram consensuais. A QdV foi definida pelo The WHOQOL group (WHO, 1995), como sendo a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Almeida, Gutierrez e Marques (2012) o universo do conhecimento em qualidade de vida expressa-se como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba, além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. É assim, um conceito muito abrangente, que pode ser influenciado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo e pelo seu estado psicológico (Silva, Meneses & Silveira, 2007). A qualidade de vida, como nos referem Keefe *et al* (2013), diminui devido à dor, visto que esta ocasiona desafios na vida das pessoas, desafios tais como mudanças de papéis, tanto na família como na sociedade e alteração das responsabilidades, as quais resultam em emoções negativas. Assim, este estudo, é motivado pela necessidade de conhecer a dor e a qualidade de vida dos enfermeiros de reabilitação.

Tendo como base estes pressupostos, colocou-se a seguinte questão de investigação: Quais os níveis de dor e qualidade de vida dos Enfermeiros de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira? Definiram-se como objetivos avaliar a presença e os níveis de dor dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, avaliar a qualidade de vida do EEER, e verificar se a QV está relacionada com a intensidade de dor.

Relativamente à sua estrutura, este documento, apresenta-se com uma organização objetiva, de fácil leitura e compreensão, tendo como guia o documento fornecido pela ESESJC intitulado de “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”. As citações e as referências bibliográficas apresentadas no presente trabalho estão de acordo com as normas emanadas pela norma da *American Psychological Association* (APA). O presente estudo encontra-se estruturado em quatro partes distintas, mas interligadas, que permitem dar resposta aos objetivos desta investigação. Na primeira parte fazemos uma

contextualização do tema, onde abordamos os conceitos chave da investigação, nomeadamente a dor, a qualidade de vida e a enfermagem de reabilitação e alguns estudos efetuados neste âmbito. Na segunda parte descrevemos o estudo empírico, onde são descritos os procedimentos utilizados neste estudo e os instrumentos de colheita de dados utilizados. Na terceira parte são enunciados e analisados os resultados. Na quarta parte são discutidos os resultados do estudo. No capítulo final, apresentam-se as principais conclusões do estudo, com implicações o nível da enfermagem de reabilitação nas suas várias vertentes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico ou fase conceptual como é descrito por Fortin (2009) é a fase em que “o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (p.49).

Ao longo deste capítulo procederemos a uma exploração teórica de vários temas que terão como intuito clarificar o tema em estudo “A dor e a qualidade de vida do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

1.1. A dor, e a sua evolução

Desde o início dos tempos o fenómeno da dor esteve envolto por uma série de metáforas e significados. Como Pinheiro (2007) nos refere, já na bíblia é mencionado o assunto da dor:

Na tradição bíblica, a doença e a dor aparecem depois que Adão e Eva cederam à sedução da serpente e comeram o fruto da árvore do conhecimento do Bem e do Mal. O sofrimento era desconhecido no paraíso; de lá expulso, o homem passou a ser plenamente responsável por seu destino. Nessa nova condição entra em contato com a fragilidade de sua nova forma de existência, passa a temer a dor que é uma consequência do aparecimento da consciência. (p. 1114)

Porém, em 1297, na Grã-Bretanha, é realizado o primeiro registo concreto da palavra dor, sendo disseminado no século XIV (referido por Lemos, 2007). O mesmo autor revela que o termo dor tem a sua génese na palavra *poena*, que evoluiu para *paynee* e finalmente para *pain*. Já em 1985, Scarry, referia que a raiz etimológica da palavra dor em latim é “*poena*”, que significa “punição”.

Fonseca (2010) no seu estudo sobre a dor refere que desde as primeiras civilizações que a dor foi considerada uma preocupação, sendo causada por diversos fatores como: intrusão de fluidos mágicos, desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma de iluminação e obtenção de graças divina. Em 2005, Bastos acrescenta que durante muito tempo a dor foi considerada pelos nossos antepassados como entidade sobrenatural, sendo esta controlada por deuses que tinham o poder de perdoar ou castigar (Bastos, 2005).

Por sua vez, Kopf e Patel (2010) revelam que os gregos e os romanos foram os percussores em atribuir a relevância do cérebro e do sistema nervoso na produção e percepção da dor. Kopf e Patel (2010) salientam que Aristóteles edificou a ligação da dor com o sistema nervoso central e Da Vinci defendeu que o cérebro é o responsável pelas sensações

transmitidas pela medula espinal. Já na idade moderna, o filósofo francês René Descartes, quebra a ideia que a dor é representada no coração, abrindo assim portas para que a neurociência explique os seus mecanismos.

No entanto, as descobertas mais importantes sobre a dor ocorreram após a segunda Guerra Mundial, causadas por uma expansão do conhecimento sobre a anatomia e fisiologia, e é após este episódio que é utilizado o método científico de modo a conseguir investigar o significado da dor (Mohallem *et al.*, 2007).

Em 1973, é criada a International Association for the Study of Pain (IASP), associação onde é definida a dor e os conceitos a ela associados. Em 1979, a subcomissão de taxonomia da dor apresenta em congresso e à Organização Mundial da Saúde (OMS) a inclusão da dor na Classificação Internacional de Doença. Após esta apresentação, a dor passou a ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em função dessa lesão, definição essa que nos dias de hoje ainda é utilizada (Kopf & Patel, 2010). A IASP destaca que na essência multidimensional e subjetiva da dor, esta é uma experiência complexa e única para cada indivíduo (Roditi & Robinson, 2011). Contudo, Flor e Turk (2011) defendem que a definição da IASP retratou, sobretudo, uma concetualização da dor, pegando na visão biomédica e descrevendo a dor como sendo um domínio da fisiologia sensorial ou como um sintoma secundário à patologia física. No entanto, o conceito de dor já havia sido modificado pela IASP em 2006, a qual definiu a dor como uma experiência desagradável sensorial ou emocional, coligada a um possível ou real dano dos tecidos. A IASP considera ainda que a dor, é pessoal e difícil de ser avaliada por outros, devido à sua subjetividade.

A dor, na sua complexidade, sendo uma resposta sintomática do organismo, é considerada como um sinal importante na hora da avaliação, sendo por isso que a Sociedade Americana de Dor, em 1989, definiu a dor como o quinto sinal vital, devendo ser avaliada como os outros sinais vitais (Butti *et al.*, 2017). Em Portugal, a 14 de junho de 2003, a DGS publicou a circular normativa nº 9, através da qual considerou a dor como o “5º sinal vital”, passando assim a ser considerado uma boa prática clínica, e obrigatória, o registo regular da sua intensidade, do mesmo modo como é realizado o registo dos outros sinais vitais (DGS, 2003). A passagem da dor a 5º sinal vital assegura a que todos os clientes, incluindo os terminais, tenham acesso a medidas eficazes para o controlo da dor (Araújo & Romero, 2015). É na circular normativa, anteriormente citada, que são definidas e estabelecidas diretrizes fundamentais para a avaliação da dor, como a utilização de escalas validadas internacionalmente “Escala Visual Analógica”, convertida em escala numérica para efeitos

de registo, “Escala Numérica”, que será utilizada no decorrer deste estudo, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

A manifestação de dor na população portuguesa, segundo o observatório nacional de saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2003) foi alvo de um estudo com o objetivo de melhor conhecer a dor dos habitantes de Portugal. Os resultados demonstraram que nos 7 dias anteriores à entrevista, 73,7% dos inquiridos manifestaram ocorrência de dor e que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais do que um tipo de dor nesses sete dias.

Mais tarde, em 2014, o Inquérito Nacional de Saúde, do Instituto Nacional de Estatística (INE), revelou que a prevalência de dor na região dorsal, nomeadamente na lombar e cervical, em pessoas entrevistadas com mais de 15 anos, nos últimos 12 meses, foi de 32,9% e 24,1% respetivamente (INE, 2016).

Com o tempo a dor tem vindo a se tornar uma das principais causas de sofrimento para o ser humano, causando repercussões negativas na qualidade de vida e conseqüentemente provocando alterações a nível psicossocial e económico nas famílias, fazendo assim com que fosse considerado um problema de saúde pública por Bottega e Fontana (2010). Fry, Bennets & Huckson (2011) acrescentaram que para os sistemas de saúde, este problema revela-se um custo significativo para a sua gestão.

Com base nos aspetos anteriormente definidos, podemos descrever a dor como sendo um assunto de saúde pública, e podemos ainda considerar que a dor é um problema a nível mundial. António (2017) na conclusão do seu estudo sobre a gestão da dor nos serviços de urgência, vem acrescentar a este pensamento que a “dor, tanto a nível nacional como internacional, é considerada um importante problema de saúde pública, não só pela sua alta prevalência, mas também pelos elevados custos, continuando a ser negligenciada pela sociedade” (p. 103). A abertura cada vez maior entre um conhecimento crescentemente sofisticado acerca dos mecanismos de produção da dor e do seu tratamento, veio implicar que a promoção do alívio da dor seja um direito humano fundamental (Brennan & Cousins, 2004). A DGS, em 2012, acrescenta, na mesma linha de pensamento, que “As repercussões socioeconómicas da dor são significativas pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica. Os custos indiretos são também muito elevados, designadamente devido à perda de produtividade (...)” (p.5).

1.1.1. Classificação da dor

Depois de conhecer a história da dor é possível classificá-la, relativamente à duração, fisiopatologia, local de origem e causa (Jensen & Finnerup, 2014). Para este estudo vamos considerá-la em relação à duração temporal. Existem duas classificações, dor aguda e dor crónica. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2002) “os relatos de dor aguda têm ênfase nas características da dor, nas repercussões biológicas da dor e do alívio, enquanto os relatos de dor crónica enfatizam, além destes, aspetos psicológicos, sociais e culturais que devem ser incluídos” (p.17). De seguida será realizada uma distinção da dor aguda da dor crónica de modo a simplificar a análise da fisiologia da dor.

1.1.1.a. Dor Aguda

A dor aguda faz parte do sistema de proteção do organismo. É um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado (DGS, 2017). Tem início súbito relacionado com afeções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, após intervenção, cura da lesão, imobilização ou em resposta a tratamento (Fonseca, 2010). A dor aguda desempenha assim um papel importante na manutenção ou restauração da integridade física (IASP, 2011). Trata-se de uma dor controlável pela própria pessoa ou rapidamente corrigida com possibilidade de alívio total (McGillion e WattWatson, 2010). A dor aguda tem, segundo a IASP (2011), como principais causas a dor pós-operatória, os traumas e queimaduras, as lesões desportivas, as atividades e lesões por sobrecarga, a mucosite oral em doentes oncológicos, as técnicas de diagnóstico (como as biópsias), o trabalho de parto, as cefaleias, as cólicas menstruais e as odontalgias. É a principal causa de admissão hospitalar (Gouveia e Augusto, 2011). Walid *et al* (2008) referiram ainda que é o sintoma com que os médicos se deparam em 80% das suas apreciações iniciais.

António (2017) no seu estudo sobre a gestão da dor no serviço de urgência, refere que não há acordo no limite da duração da dor aguda. Porém na literatura, diversos autores dizem que a duração da dor superior a três meses é considerada dor crónica. Assim, a persistência da dor aguda geralmente evolui para dor crónica.

1.1.1.b. Dor Crónica

Fonseca (2010) no seu estudo sobre o impacto da dor crónica na qualidade de vida refere que quando a dor se torna prolongada passa a ser considerada uma patologia em si, uma doença, definida como dor crónica.

A dor crónica ao persistir, para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou na

impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada, não como um sintoma, mas antes como uma doença por si só (DGS, 2017).

Andrade *et al* (2006) defenderam que a “A literatura aponta o impacto da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de inabilidade funcional na maior fragilidade e níveis aumentados de comorbidades” (p.272). Portanto, a dor crónica é um fator limitante das funcionalidades, o que provocará na pessoa um aumento de sobrecarga emocional, agitação psicomotora e conseqüente mortalidade, influenciando o corpo e reduzindo a sua capacidade funcional. Com isto, consegue-se entender que a dor, quando não é controlada, torna-se crónica e transformando atividades de vida diária verdadeiros desafios a serem superados.

A dor e, designadamente a dor crónica, é considerada pelo Ministério da Saúde (DGS, 2017) um problema de saúde pública que afeta a maioria das pessoas, agravando-se devido a um aumento de expectativa de vida e a um aumento da população com doença crónica.

A prevalência da dor crónica na população adulta portuguesa era de 37% e quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte excede os 14% (Azevedo *et al*, 2012). Sendo que, segundo Azevedo *et al* (2012), a maior incidência da dor crónica é em idosos, reformados, desempregados e sujeitos menos instruídos academicamente. No estudo sobre a gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência Mota *et al* (2020) referem que “em Portugal mais de 30% dos adultos apresenta dor crónica e a dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar” (p.270).

No estudo desenvolvido, há alguns anos, pelo observatório nacional de saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2003) a dor persistente definida como dor crónica com duração superior a seis meses e presente no último mês afetava 36% dos adultos. Em cerca de metade a dor interferia nas suas atividades domésticas ou laborais. Mais recentemente, segundo os dados do INE (2016), a localização da dor crónica foi referida principalmente pelas mulheres. Em 1,9 milhões dos casos a dor localizava-se na região lombar e em 1,5 milhões na região cervical.

Ainda no estudo do observatório nacional de saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2003), foi constatado que o impacto económico para a segurança social a nível do número de dias de baixa fora de 14 dias, o que representava, na altura, 290 milhões de euros de custos salariais suportados pela Segurança Social.

No estudo realizado por Gouveia e Augusto (2011), os resultados revelaram que os custos com a dor crónica por incapacidade a curto e longo prazo, seja dor nas costas ou

articulações era de 739,85 milhões de euros, representando no produto interno bruto (PIB) do país, estimado para 2010 cerca de 0,43% de perda de produção. Já no estudo de Mota *et al* (2020) os custos diretos e indiretos da dor crónica representam, anualmente, 5 mil milhões de euros, 2.7% do PIB.

1.2. Qualidade de vida

A qualidade de vida (QdV) é uma preocupação da sociedade contemporânea, o que tem levado a um crescente interesse no bem-estar dos indivíduos (Praça, 2012). Nos últimos anos ouve-se, cada vez mais, falar sobre a qualidade de vida, e esta tem vindo a ser desenvolvida como área da investigação. Porém, é a partir dos anos 80 que se verifica o maior estudo do conceito de QdV. É neste período que se começam a envolver várias áreas do conhecimento, nomeadamente a biologia, a psicologia, a cultura e a economia, originando assim um conceito multidimensional. Anteriormente aos anos 80 apenas se ouvia falar na qualidade de vida em termos económicos (Leal, 2008). Gonçalves (2015) no seu estudo sobre a QdV em idosos refere que apenas na década de 80 se alcançou uma definição semelhante à utilizada na atualidade.

Segundo Fleck *et al* (1999), a primeira utilização do termo qualidade de vida foi feita pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, declarando “(...) os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (p.20).

Como nos apercebemos, descrever a qualidade de vida não é fácil, mas o The WHOQOL group (WHO, 1995) concetualiza a QdV como sendo a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se, assim, de um conceito amplo no qual aspetos variados da vida estão envolvidos de forma complexa, tais como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as crenças pessoais e as suas relações com o meio em que vive.

Minayo, Hartz e Buss (2000) acrescentaram que a QdV é “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” (p.8), pressupondo que é uma capacidade de realizar uma sinopse dos elementos que determinam o seu padrão de conforto e bem-estar.

Relacionando a QdV com a saúde, esta pode ser definida como a perceção de um

indivíduo sobre a sua própria condição de bem-estar no âmbito do trabalho, da cultura e dos valores, incluindo os seus objetivos, expectativas e interesses pessoais (Orsel *et al.*, 2004). Gonçalves (2015) no seu estudo da qualidade de vida em idosos complementava a ideia que a QdV é uma realidade de absoluto bem-estar físico, mental e social e não unicamente a ausência de doença. Neste sentido, Zangão *et al* (2016), no seu estudo sobre Estado de Saúde Vs Qualidade de Vida, realçam a importância do estudo da QdV na saúde para que se possa obter uma perspetiva mais holística e integradora do indivíduo.

O termo QdV em si é muito difícil definir. Segundo Barofsky (2012) são utilizados muitos outros termos para descrever a qualidade de vida o que pode causar alguma confusão na sua definição. Ainda no mesmo contexto, Ribeiro (2009) mencionava que a QdV passou a ser utilizada na linguagem popular, passando assim a que todos os indivíduos tenha a sua perceção, o que pode levar a que quando há uma discussão sobre a QdV, há uma mistura de conceitos.

A QdV a partir da década de 1950 torna-se objeto de estudo no contexto das organizações, onde é utilizada uma abordagem sociotécnica, até agora com tendências e desafios modernos de desenvolvimento da sociedade que determinam o interesse contínuo pelo problema da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (Liliy *et al.*, 2015).

Alves *et al* (2019) no seu estudo sobre a QVT referem que a qualidade de vida no trabalho é um conjunto de ações de uma empresa que levam a uma implementação de melhorias e inovações na gestão e na tecnologia, em todo o ambiente de trabalho. Referenciam também que no seu estudo a QVT alcança as grandes dimensões do trabalho humano: as condições físicas e ambientais, as situações organizacionais, envolvendo o clima, a gestão e as ações praticadas por toda a administração.

Por sua vez Alves *et al* (2019) salientam que o enfoque principal da QVT é uma gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos que vão afetar a cultura e renovar o clima organizacional, refletindo-se no bem-estar do trabalhador.

Um estudo realizado por Albuquerque *et al* (2018), utilizando o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), revelou que 50,9% dos enfermeiros na sua QVT se encontram insatisfeitos nos domínios: função social, saúde mental, vitalidade e dor.

Anteriormente, no seu estudo Fontana e Lautert (2013) demonstraram que a QVT está inerente ao processo saúde-doença e ainda mais forte em profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, correlacionando fatores e riscos ocupacionais, químicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, a QVT é considerada um

fator importante na análise das condições de trabalho, onde são relacionadas diversas variáveis, tais como ambientais, comportamentais e organizacionais.

A QdV em termos gerais tem sido alvo de alguns estudos. Por exemplo em Portugal, em novembro de 2016, foi realizado um estudo, pelo observatório da sociedade da Católica Lisbon-School of Business and Economics, onde a maioria dos participantes apontou ter uma qualidade de vida razoável a boa (81%). Só 7% dos participantes reportaram ter uma qualidade de vida muito boa, enquanto 10% referem ser fraca e aproximadamente 2% afirmaram ser muito fraca, resultados obtidos através da utilização de uma escala de cinco pontos (Coelho do Vale & Moreira, 2016).

Por outro lado na ilha do Faial, arquipélago dos Açores, em 2012, foi realizado um estudo, através da escala WHOQOL-BREF, em que se destacou que, os níveis de qualidade de vida parecem ser diretamente proporcionais aos níveis de saúde mental, ou seja, quanto maiores os níveis de qualidade de vida, maior a saúde mental da população (Contente, 2012).

1.3. Enfermagem de Reabilitação

A enfermagem moderna remonta há menos de três séculos, em plena guerra da Crimeia, originada no período Nightingaleano (Schoeller *et al*, 2018). A área da enfermagem em Portugal tem um desenvolvimento idêntico ao que é verificado em muitos outros países. Em 1966, a enfermagem é definida por Virgínia Henderson em que a “função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários” (OE, 2013, p.13).

Como anteriormente referido, a enfermagem moderna tem pouco tempo. A ER é ainda mais recente (Schoeller *et al*, 2018). A reabilitação cresceu, em vários países, após a segunda grande guerra. O primeiro curso de especialização em enfermagem de reabilitação em Portugal, iniciou-se a 18 de outubro de 1965, com especialistas formadas entre 1963 e 1964 em Warm, Springs, nos Estados Unidos da América. Neste curso, houve a inovação do conceito de cuidar, onde eram cobertos todos os grupos etários, e de continuidade desde a fase aguda até ao tratamento em ambulatório, ou seja, inserido na comunidade (OE, 2018b). Schoeller *et al* (2018) acrescentam que a ER não atua apenas numa área de cuidados, mas sim ao longo de todo o ciclo vital (desde o nascimento até à morte). Neste momento, em vários países a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação existe e encontra-se fortificada (Schoeller *et al*, 2018). O Association of Rehabilitation Nurses (ARN, 2003),

destaca a ideia da importância da ER, como parte integrante de um sistema de saúde, capaz de utilizar os recursos adequados face à necessidade da promoção da qualidade de vida.

Desde a publicação do Regulamento n.º 122 de 2011, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, este é considerado como o enfermeiro:

(...) com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (p. 8648)

Mais recentemente, e numa atualização da definição das competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento n.º 140/2019, publicado pela ordem dos enfermeiros:

...enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (p. 4744)

A reabilitação, em si, é definida no dicionário da língua portuguesa (2020) como a recuperação total ou parcial da saúde física ou mental. Ferreira (2017) concebeu-a como

um processo global, dinâmico e contínuo dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida. (p. 32)

Por sua vez e segundo Soares *et al* (2018) a enfermagem de reabilitação “ajuda as pessoas a recuperarem ou manterem a sua capacidade funcional e a sua independência de forma a prevenir ou minimizar a incapacidade e dependência preservando a autoestima” (p.160).

A enfermagem de reabilitação, segundo o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, de 03 de maio “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” (p. 13565). Já segundo os padrões de qualidade dos enfermeiros de reabilitação é referido que estes intervêm na educação da pessoa, de modo, a preparar o regresso a casa, ou assegurar a continuidade dos cuidados ou a reintegrar a pessoa no seio da sociedade (OE, 2011). Ainda, segundo os mesmos padrões, é referido que os objetivos

gerais da enfermagem de reabilitação são “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (p. 8658).

Por sua vez, Cerveira (2011), de modo sucinto, refere que o principal objetivo do ER é levar a pessoa a reintroduzir-se na sociedade com o maior grau de autonomia possível e o mais próximo do que era antes do acidente ou doença. A reabilitação pressupõe, igualmente, a que haja uma atuação precoce, leve a resultados de menos dependência, com menos tempos de internamentos e complicações, haja mais ganhos em saúde e melhor QdV (Soares *et al*, 2018).

Nos termos do regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro, era já referido que o EEER tem como competência elaborar, executar e avaliar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, de modo a alcançar as necessidades de cada pessoa, como o intuito de desenvolver intervenções que levem à manutenção das suas capacidades funcionais, das melhorias das funções básicas, manutenção ou mesmo recuperação da independência das atividades de vida diárias, favorecendo a QdV diária.

O regulamento n.º 392/2019, de 03 de maio, acrescenta que o EEER tem como competências específicas:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados,
- Capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania,
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Na área da saúde, os enfermeiros estão na categoria dos profissionais de saúde que usufruem de uma condição laboral de risco (Fernandes & Pereira, 2016). Há já alguns anos Elias & Navarro (2006) referiam que os enfermeiros representam uma das categorias profissionais mais suscetíveis e apresentam diversos problemas de saúde no trabalho, pois durante a sua atuação desenvolvem tarefas complexas envolvendo uma elevada carga de trabalho. Larson *et al* (2012) ainda acrescentaram que as chefias, devido a cada vez enfrentarem mais pressão dos superiores relacionadas com restrições económicas, levam ao aumento do rácio enfermeiro/utente, elevando assim a carga de trabalho do enfermeiro de reabilitação. Para colmatar esta lacuna em 2014 foi aprovado o regulamento n.º 533 pela ordem dos enfermeiros e publicado em Diário da República que disciplinava:

(...) a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas

metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Por outro lado, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. (p. 30247)

Já em 2019 foi publicado um novo regulamento, regulamento nº 743/2019, o qual mantém a mesma ideia e revela, ainda, que o rácio do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode ser ajustado a 0,25 enfermeiros especialistas por 1000 habitantes.

Os EEER prestam cuidados de reabilitação, onde quer que os clientes se encontrem (nos seus domicílios, nos centros de saúde, nas unidades de cuidados continuados integrados e nos serviços hospitalares).

Shoeller *et al* (2018) pesquisaram em todo o mundo 134 países. Concluíram que apenas 13 apresentavam enfermagem de reabilitação, sendo que apresentam algumas linhas comuns. Neste estudo foi possível verificar que a enfermagem de reabilitação teve origem nas sequelas dos soldados em guerra.

Em Portugal e a 31 de dezembro de 2017 existiam 3654 EEER, os quais constituíam o colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação a nível nacional e 149 na RAM (OE, 2018a).

A nível nacional a OE acrescenta que 47% do total dos EEER desenvolve a sua atividade no âmbito dos cuidados gerais, e apenas 10% exercem a sua atividade na prestação de cuidados de especialização, os restantes encontram-se entre a gestão, a formação, a investigação e a consultoria.

O enfermeiro de reabilitação na sua atuação aplica exercícios de diversas complexidades, sendo alguns ativos em que o cliente é que aplica a força, assistidos em que existe aplicação de força por parte do cliente, mas com a ajuda tática do EEER, e passivos em que o enfermeiro tem que aplicar a força total necessária para a elaboração do exercício.

Muitas vezes a ação do EEER é efetuada com base na repetição de movimentos, o que ocasiona lesões, algumas delas denominadas de esforços repetitivos, segundo Maeno (2001). Provocam diferentes reações nas pessoas como a dor, formigamento, dormência, sensação de peso, fadiga, fraqueza, queimação, repuxamento e choque. A dor “sentida é o resultado da interação de um estímulo potencialmente provocador da dor e as sensações do organismo em resposta a esse estímulo” (p.20). A presença dos sintomas leva a que haja, na maior parte das vezes, um afastamento do exercício da função, afetando o quotidiano do

enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e, conseqüentemente, afetando a sua qualidade de vida. O regresso ao trabalho, muitas vezes é dificultado, pela falta de receptividade por parte dos colegas e pelas chefias devido às limitações impostas pela lesão (Maeno, 2001).

2. METODOLOGIA

Para Hébert, Goyette, Boutin (1994) “O homem procura através das suas potencialidades conhecer o mundo em que vive, desenvolvendo ao longo dos tempos, métodos mais ou menos elaborados que lhe permitem perceber a natureza e o comportamento das pessoas” (p. 67).

Nas profissões da área da saúde, quanto mais desenvolvidas forem as pesquisas, maior será o conhecimento científico. Valorizam-se assim as descobertas, emergentes dos trabalhos de investigação.

Fortin (2009) descreve a fase metodológica como sendo a fase em que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas” (p.40).

Pegando nas ideias dos autores anteriores, ao longo deste capítulo serão abordados o paradigma e tipo de estudo, o problema de investigação, a questão de investigação, os objetivos e as variáveis do estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos éticos.

2.1. Paradigma e Tipo de estudo

Na perspetiva de Fortin (2009), ao tipo de estudo “corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação” (p.133).

Este estudo enquadra-se no paradigma positivista. Polit e Beck (2018) designam este como sendo uma atividade de pesquisa que “direciona-se à compreensão de causas subjacentes aos fenómenos naturais” (p.6). Este é um estudo descritivo, transversal com recurso ao método quantitativo, onde foram utilizados, como descrevem Polit e Beck (2018), “métodos objetivos projetados para controlar a situação de pesquisa, minimizar o *viés* e maximizar a validade” (p.8).

Tendo em linha de conta a questão de investigação e o objetivo formulado, dado que a situação em estudo necessita de uma melhor compreensão do fenómeno observado, com dados passíveis de serem mensurados, o tipo de estudo mais adequado para esta investigação insere-se no paradigma quantitativo, uma vez que este consiste num “...processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem

independentemente do investigador. A investigação quantitativa é a investigação cujo intuito é descrever e verificar relações entre as variáveis” (Fortin, 2009, p.371).

Assim, neste estudo o que se pretendeu conhecer foi a dor e a qualidade de vida dos enfermeiros de reabilitação da RAM.

2.2. Problema de investigação

Para Polit e Beck (2018), o problema é “uma condição enigmática ou incómoda. O propósito da pesquisa é ‘solucionar’ o problema ou contribuir para a sua solução pela coleta de dados relevantes” (p.92). As mesmas autoras revelam que na problemática é envolvida uma dúvida que se torna inquietadora com o objetivo de resolver ou de alguma maneira ajudar na resolução do problema.

Neste estudo o problema é consubstanciado nas seguintes questões de investigação:

– Quais os níveis de dor e qualidade de vida dos Enfermeiros de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira?

– Será que a intensidade da dor está relacionada com a qualidade de vida dos Enfermeiros de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira?

2.3. Objetivos da investigação

Segundo Fortin (2009) o “objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação de investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (p.100).

Com este propósito, definimos os seguintes objetivos:

– Avaliar a intensidade e os níveis de dor dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;

– Avaliar a qualidade de vida do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;

– Verificar se a qualidade de vida está relacionada com a intensidade de dor.

2.4. Variáveis em estudo

Variável, é um conceito que é colocado em ação numa investigação. É um termo ou parâmetro ao qual lhe pode ser atribuído valores numéricos.

Fortin (2009) define variável como qualidade, propriedade ou característica que são observadas ou medidas. A mesma autora acrescenta, que uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças.

Burns e Grove (2001) fazem ainda referência à variável em estudo, a qual consiste no fenómeno que o investigador pretende conhecer ou compreender, pelo que necessita de ser analisada. Já Polit e Beck (2018) de maneira empírica referem que “uma variável, como o nome indica, é algo que varia” (p.43).

Neste contexto, foram selecionadas as seguintes variáveis:

- Variáveis de caracterização: idade, género, estado civil, filhos, formação académica.
- Variáveis em estudo: intensidade da dor e qualidade de vida.

2.5. População alvo e amostra

População para Fortin (2009) é considerada como “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns” (p.311). Acrescenta ainda que a população alvo é constituída pelos elementos que “satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (p.311).

Sendo a população alvo aquela que o investigador está interessado em estudar, no presente caso a população é constituída pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções na Região Autónoma da Madeira (RAM), sendo esta composta por 148 EEER.

Na perspetiva de Fortin (2009) a amostra é “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (p.312). Polit e Beck (2018) complementam, enquadrando que a amostra são “as pessoas que fornecem informações aos pesquisadores em um estudo” (p.57).

Tendo em conta a população, foram definidos critérios de inclusão, os EEER da RAM a exercer funções no período de aplicação dos questionários (de 5 a 21 de junho de 2019), e de exclusão os profissionais que devido a razões de atestado médico ou férias não se encontravam ao serviço. Assim, a amostra do presente estudo são os EEER da RAM no ativo no período de aplicação dos questionários, num total de 114 EEER.

2.6. Instrumento de colheita de dados

A recolha de informação pode ser definida como o processo organizado, posto em prática para obter informação junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de

conhecimentos para outro. Fortin (2009) acrescenta que a recolha de informações é feita através de instrumentos que permitam a colheita de dados, e que produza resultados consistentes, e que de modo imparcial, seja capaz de medir a variável estudada (Sampieri, 2014). Tendo em atenção o propósito do estudo, o instrumento utilizado neste estudo foi o questionário de autopreenchimento.

Para Fortin (2009), o questionário é o método de colheita de dados que tem como objetivo recolher informação que defina acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos e outros aspetos. Neste estudo, o questionário, exige aos EEER inquiridos uma resposta a um conjunto de questões.

Deste modo, e de acordo com os objetivos definidos para esta investigação, optou-se pela recolha de dados através de:

- Um questionário que visou obter as características sociodemográficas dos enfermeiros participantes no estudo (elaborado pelo investigador), o qual inclui as variáveis: idade, o género, o estado civil, se tem ou não filhos, a formação académica e respetiva operacionalização;

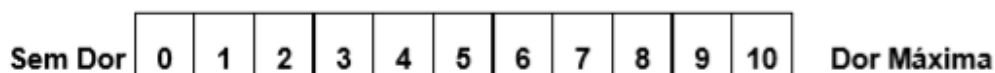
- Instrumento para avaliação da dor atual - escala da numérica da dor;

- Instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida - Medical Outcomes ShortForm Health Survey (SF - 36).

2.6.1. Escala da dor – Numérica

A Escala Numérica, segundo a DGS (2003), consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua, figura nº1, pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que seja feita uma equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

Figura 1 – Escala Numérica da Dor



Fonte: DGS (2003)

2.6.2. Medical Outcomes ShortForm Health – SF 36

O questionário de saúde reduzido, ou questionário SF 36 (Short Form), é uma medida de avaliação do estado de saúde, nomeadamente a qualidade de vida, que pode ser

usada de modo a alcançar diversos objetivos.

O SF-36 é uma medida genérica do estado de saúde que avalia oito dimensões, divididas em duas componentes, a componente física, onde se inclui o funcionamento físico, o desempenho físico, a dor corporal e a perceção geral de saúde. A componente mental, inclui a vitalidade, a saúde mental, o funcionamento social e o desempenho emocional.

É importante a avaliação da qualidade de vida com a utilização de instrumentos fiáveis e testados anteriormente, como é o caso do questionário SF 36 (Short Form).

2.6.2.a. Descrição do instrumento

A escala conta com 36 itens, dos quais 35 se agrupam em oito itens. É utilizada para comparar populações gerais e específicas, na estimativa da sobrecarga de várias doenças, na diferenciação dos benefícios para a saúde decorrentes de diversos tratamentos, no rastreio de doentes individuais e nas decisões políticas e económicas para a saúde (Ware e Gandek, 1998 citados por Ribeiro, 2005).

Existem duas versões: a versão 1.0 e a versão 2.0. Para o presente estudo utilizamos a versão 2.0. As duas versões são idênticas sendo que apenas variam as alternativas de resposta.

Como vimos anteriormente neste questionário são avaliadas oito dimensões que se agrupam em dois componentes:

- Componente físico: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e perceção geral de saúde.
- Componente mental: vitalidade, saúde mental, funcionamento social e desempenho emocional.

Em Portugal, este questionário tem sido aplicado com dois grandes objetivos: clínicos ou económicos, tal como grande parte dos estudos que avaliam a perceção e o estado de saúde (Kaplan e Anderson, 1990 citados por Ribeiro, 2005).

O SF 36 recorre à avaliação da qualidade de vida, com o intuito de orientar recursos limitados, ou as escolhas do utente perante tratamentos ou programas de intervenção alternativos. Serve para investigar o interesse por terapias médicas, procedimentos cirúrgicos e novos medicamentos (Ferreira, 2000^a, 2000^b, citado por Ribeiro, 2005).

A escala SF36 tem vindo a ser validada para a população portuguesa por diferentes autores, sendo que para este estudo é utilizada a validação do autor José Luís Pais Ribeiro, da Fundação Merck Sharp e Dohme, no estudo “O Importante é a Saúde: Estudo de

adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF – 36”, de 2005, validação disponível no anexo I.

2.7. Procedimentos administrativos e éticos

Como o presente estudo envolve seres humanos, é importante respeitar os direitos humanos (Fortin, 2009), tendo em conta que envolve comportamentos, estados de saúde dos indivíduos ou grupos, estilos de vida, entre outros.

Nesta investigação, como em todas as investigações científicas, emerge a necessidade de atender aos seguintes princípios: obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pelos grupos vulneráveis; respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes devendo estes serem reduzidos e as vantagens otimizadas (Fortin, 2009).

De modo a cumprir com o direito à autodeterminação, definido por Fortin *et al* (2003), os participantes tiveram que dar o seu consentimento informado (consentimento em anexo II), após terem recebido as informações adequadas sobre o estudo, compreendido essas informações e terem escolhido de forma livre nele participar, sabendo que podiam aceitar ou recusar, voluntariamente, participar no mesmo, como defendem Polit e Beck (2018).

De modo a cumprir todos os preceitos éticos e deontológicos da investigação foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Sesaram, o qual após parecer favorável da respetiva comissão de ética, anexo III, autorizou a recolha de dados.

2.8. Tratamento dos dados

O tratamento dos dados, na perspetiva de Almeida & Freire (2000), consiste em descrever e sistematizar os resultados ou a informação recolhida, através de quadros, gráficos ou listas de categorias.

De acordo com as referências, para o tratamento dos dados obtidos para o nosso estudo, utilizámos a estatística descritiva, que inclui a distribuição de frequências absolutas e relativas e ainda as medidas de tendência central: média, mínimo, máximo e o desvio padrão.

Fizemos a distribuição de frequência para cada item, individualmente, analisando descritivamente, através de quadros e tabelas onde expomos as respectivas frequências obtidas para o conjunto de itens que caracterizam as variáveis.

Apresentamos a análise e interpretação dos valores das medidas estatísticas auferidas, relativamente à média, ao mínimo, ao máximo e ao desvio padrão para cada variável em estudo.

Para verificar a relação entre a intensidade da dor e a qualidade de vida dos EEER recorreu-se à correlação de Spearman (Rho).

Esta é uma fase que confere significado aos dados colhidos, que depois de ordenados e sistematizados, permite-nos descrever as características da população e as variáveis em estudo.

Os programas informáticos utilizados para a realização deste estudo e para o tratamento dos dados foram: Word, Excel e o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fortin (2009), refere que “uma vez colhidos os dados, é preciso organizá-los tendo em vista a sua análise. Recorre-se a técnicas estatísticas para descrever a amostra, assim como as diferentes variáveis” (p.57).

Após a colheita de dados, as informações foram inseridas no programa Excel e de seguida exportado para o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.

Para a caracterização da amostra foram utilizadas medidas estatísticas descritivas tais como: média, mínimo, máximo e desvio padrão, frequências absolutas e relativas.

Os dados são apresentados e abordados conforme a ordem do questionário, pelo que inicialmente faz-se a caracterização da amostra e posteriormente apresentam-se os dados referentes à dor e à qualidade de vida.

Com a intenção de facilitar a leitura e interpretação dos resultados, optámos por apresentá-los em tabelas, gráficos e quadros, fazendo a respectiva análise e comentários, fundamentando e relacionando com a revisão de literatura e com o quadro de referência.

De modo a alcançar os objetivos e conseguir verificar a relação entre variáveis, foi realizada uma pesquisa dos diferentes tipos de testes estatísticos a utilizar, mantendo assim a credibilidade do estudo. Foram utilizados o teste de Spearman para relacionar as duas variáveis em estudo, e o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a intensidade da relação entre as variáveis.

Na continuação do estudo, e após a apresentação e análise dos dados obtidos ao longo da aplicação do questionário, é importante a interpretação de toda a informação (Fortin, 2009). Para tal, a discussão dos resultados será efetuada em capítulo próprio.

3.1. Caracterização da amostra

– Idade

A idade dos EEER participantes no estudo varia entre os 30 e os 64 anos, tem como média 45 anos e um desvio padrão de 8,445 anos. Como o valor é inferior à média indica que a maior parte dos indivíduos que participaram no estudo têm idades concentradas em torno da média. Para mais fácil análise foi operacionalizada por grupo etário, sendo que a maior percentagem dos profissionais se enquadra entre os 30 e os 38 anos, com apenas mais

um enfermeiro que os outros grupos, tendo esta uma percentagem de 25,7% enquanto os restantes grupos têm 24,8% (Figura 1).

Figura 2 – Caracterização da amostra – Idade

Idade		
	Frequência	% Válida
30-38	29	25,7%
39-46	28	24,8%
47-52	28	24,8%
53-64	28	24,8%
Omisso	1	0,9%

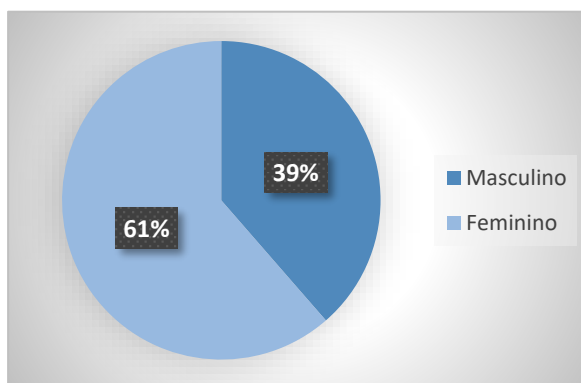
– Género

A amostra dos enfermeiros em estudo é composta por 70 enfermeiros do género feminino (61,4%) e 44 do género masculino (38,6%) o que perfaz o total dos 114 enfermeiros (Tabela e gráfico 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra – Género

Género		
	Frequência	% Válida
Masculino	44	38,6%
Feminino	70	61,4%
Total	114	100%

Gráfico 1 – Caracterização da amostra – Género



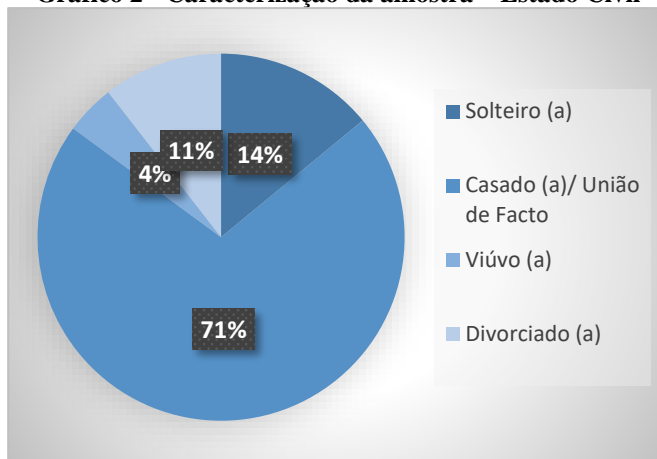
– Estado Civil

Ao analisar a tabela 2, pode-se concluir que, para a variável estado civil, a nossa amostra de enfermeiros apresenta 71,1% dos enfermeiros casados ou em união de facto, seguidos dos enfermeiros solteiros com 14%. Os enfermeiros divorciados representam 10,5% e, apenas 4,4%, ou seja, cinco enfermeiros são viúvos.

Tabela 2 – Caracterização da amostra – Estado Civil

Estado Civil		
	Frequência	% Válida
Solteiro (a)	16	14%
Casado (a)/ União de Facto	81	71,1%
Viúvo (a)	5	4,4%
Divorciado (a)	12	10,5%
Total	114	100%

Gráfico 2 - Caracterização da amostra – Estado Civil



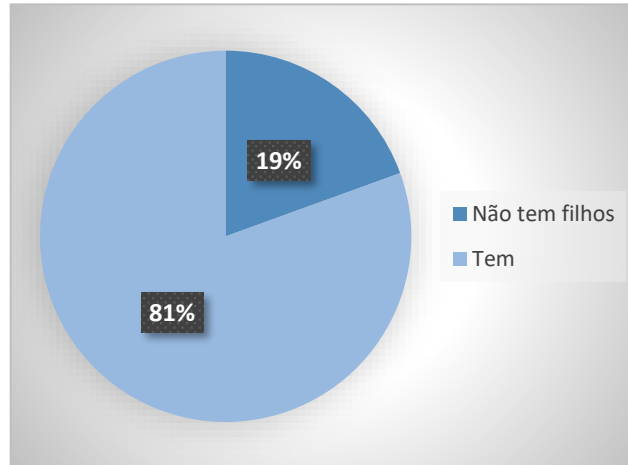
– Filhos

Analisando a tabela e gráfico 3, no que concerne a variável filhos, verificamos que 19,3% dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação não têm filhos, e 79,8% dos EEER têm. O que vem fazendo um paralelo com a tabela anterior nº2, estado civil, casado/união de facto, em que 71,1% se enquadram nesta categoria.

Tabela 3 – Caracterização da amostra – Filhos

Filhos		
	Frequência	% Válida
Não tem filhos	22	19,3%
Tem	91	79,8%
Omisso	1	0,9%
Total	114	100%

Gráfico 3 – Caracterização da amostra – Filhos



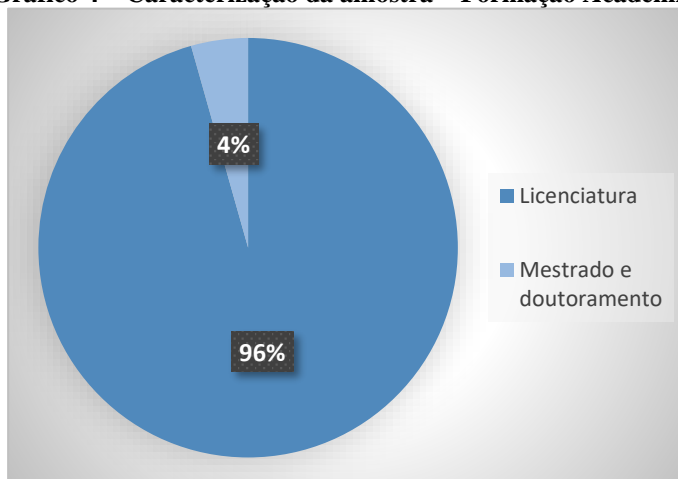
– Formação Académica

Ao analisar o nível de formação académica dos EEER, verificamos que 95,6% dos enfermeiros apenas têm o nível académico de licenciatura, o que significa que se tornaram EEER através de um curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Por outro lado 4,4%, o que equivale a cinco enfermeiros, têm mestrado ou doutoramento (tabela e gráfico 4).

Tabela 4 – Caracterização da amostra – Formação Académica

Formação Académica		
	Frequência	%
Licenciatura	109	95,6%
Mestrado ou doutoramento	5	4,4%
Total	114	100 %

Gráfico 4 – Caracterização da amostra – Formação Académica



3.2. Caracterização da variável dor

A dor foi uma das variáveis em estudo. Para melhor análise foi dividida por ausência ou presença de dor, intensidade e tipo de dor. Logo de seguida são feitas análises entre tipo de dor segundo o Idade, tipo de dor segundo o Estado Civil e tipo de dor segundo a Formação Académica.

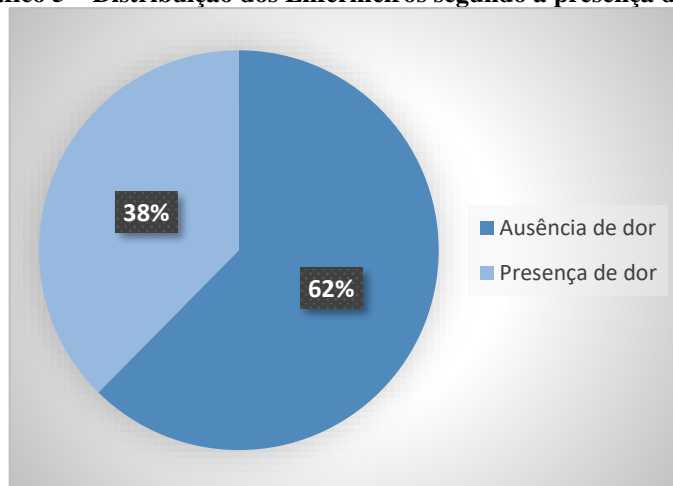
– Dor

Ao analisar a dor dos EEER, 37,6% refere que no momento do preenchimento do questionário percecionavam dor e 62,4% referiram ausência de dor (tabela e gráfico 5).

Tabela 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a presença de dor

Dor			
	Frequência	%	% Válida
Ausência de dor	68	59,6	62,4%
Presença de dor	41	36,0	37,6%
Omisso	5	4,4	0,0%
Total	114	100	100%

Gráfico 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a presença de dor



– Intensidade da dor

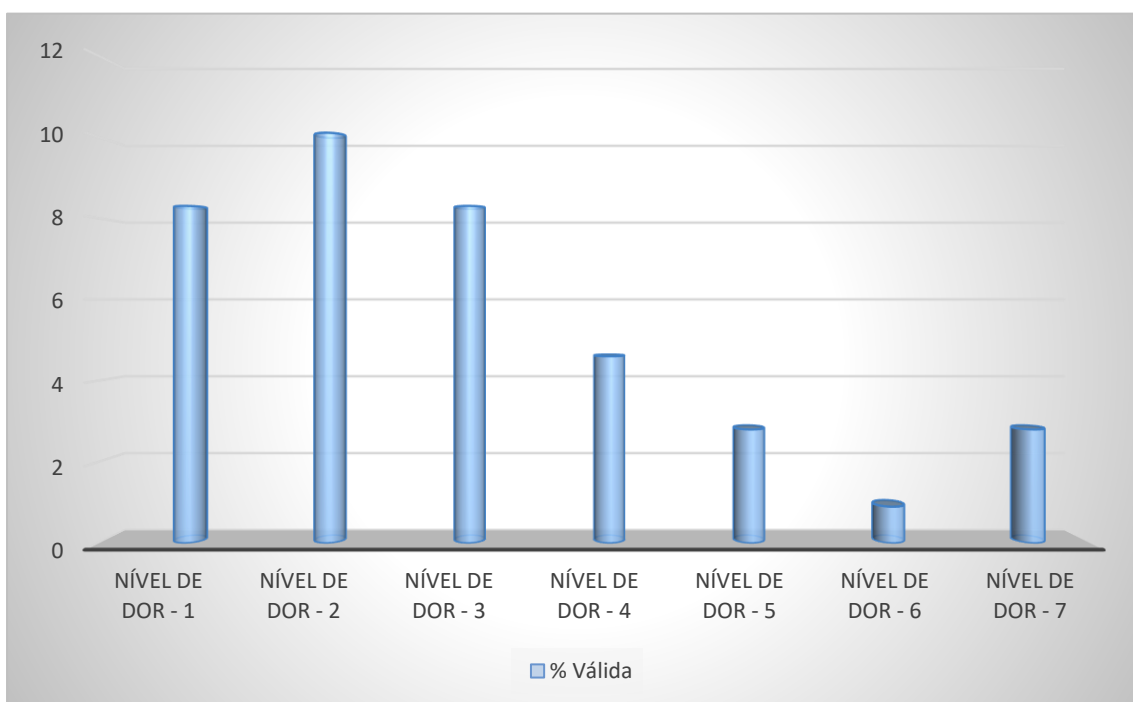
Analisando, a tabela e gráfico 6, verificamos a descrição da intensidade da dor no momento do preenchimento do questionário. Os enfermeiros de reabilitação que apresentam dor (37,6%), dor avaliada através da escala numérica da dor, distribuem-se pelos sete níveis mais baixos da respetiva escala de avaliação.

Tabela 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis de dor

Níveis de Dor			
	Frequência	%	% Válida
Ausência de dor	68	59,6%	62,4%
Nível de dor - 1	9	7,9%	8,3%
Nível de dor - 2	11	9,6%	10,1%
Nível de dor - 3	9	7,9%	8,3%
Nível de dor - 4	5	4,4%	4,6%
Nível de dor - 5	3	2,6%	2,8%
Nível de dor - 6	1	0,9%	0,9%
Nível de dor - 7	3	2,6%	2,8%
Omisso	5	4,4%	-
Total	114	100%	100%

No nível 1 de dor encontram-se 9 EEER, no nível de dor 2 – 11 EEER, no nível de dor 3 – 9 EEER, no nível de dor 4 – 5 EEER, no nível de dor 5 – 3 EEER, no nível de dor 6 – 1 EEER, no nível de dor 7 – 3 EEER e nos níveis de dor 8, 9, 10 – 0 EEER. Podemos assim constatar que 18,4% dos inquiridos têm dor ligeira (níveis 1 e 2), 15,7% têm dor moderada (níveis 3 a 5) e 3,7% tem dor intensa (níveis 6 e7).

Gráfico 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis de dor



No gráfico 6, podemos constatar que a maior parte dos enfermeiros de reabilitação encontra-se nos níveis de dor 1, 2 e 3, ou seja nos menos intensos.

– Tipo de Dor

Reportando-nos aos 41 enfermeiros que apresentam dor, 2 não responderam ao tipo de dor, restando um total de 39 enfermeiros, sendo que destes 68,3% referem dor crónica e 26,8% dor aguda, como podemos constatar na figura 3.

Figura 3 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o tipo de dor

Tipos de Dor			
	Frequência	%	% Válida
Aguda	11	26,8%	28,2%
Crónica	28	68,3%	71,8%
Total	39	95,2%	100%
Omisso	2	4,9%	-
Total	41	100%	-

– Tipo de dor segundo a Idade

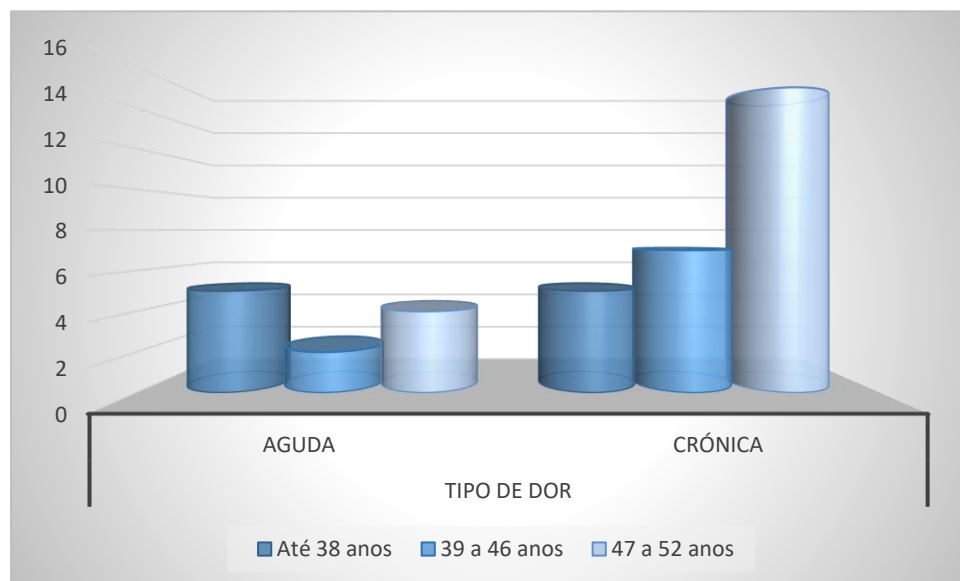
Ao analisar o tipo de dor segundo a idade dos EEER, deparamo-nos que na dor aguda existe uma variação pouco ampla. Até aos 38 anos deparamo-nos com 5 EEER com dor aguda, dos 39 aos 46 anos apenas 2 e dos 47 aos 52 anos 4 enfermeiros (tabela e gráfico 7).

No que concerne a prevalência da dor crónica, esta aumenta com a idade. Até aos 38 anos 5 EEER, dos 39 aos 46 anos 7 enfermeiros e dos 47 aos 52 anos 15 enfermeiros referem dor crónica.

Tabela 7 – Caracterização do tipo de dor segundo a idade

Idade:		Até 38 anos	39 a 46 anos	47 a 52 anos	Total
Tipo de dor	Aguda	5	2	4	11
	Crónica	5	7	15	27
	Omisso	-	-	-	3
Total		10	9	19	41

Gráfico 7 – Caracterização do tipo de dor segundo a idade



– Tipo de dor segundo o Estado Civil

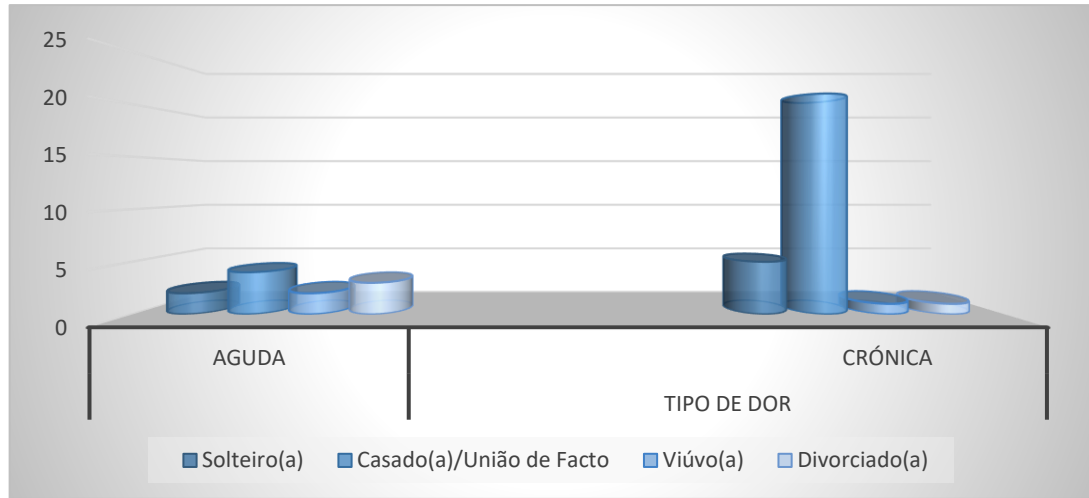
Ao analisarmos, a tabela 8, que comporta a caracterização do tipo de dor segundo o estado civil, verificamos que, em relação à dor aguda existe uma dispersão de resultados. Nos solteiros apenas 2 enfermeiros referem dor, no grupo dos casados/união de facto 4 EEER referem dor, nos viúvos apenas 2 e nos divorciados 3 EEER.

Tabela 8 – Caracterização do tipo de dor segundo o estado civil

Estado Civil:		Solteiro(a)	Casado (a)/União de Facto	Viúvo (a)	Divorciado (a)	Total
Tipo de dor	Aguda	2	4	2	3	11
	Crónica	5	21	1	1	28
	Omisso	-	-	-	-	2
Total		7	25	3	4	41

Já na dor crónica, constata-se, através do gráfico 8, que a maior parte dos 28 enfermeiros com dor crónica, 21 pertence ao estado civil de casado/união de facto, e os outros 7 enfermeiros encontram-se divididos pelas outras categorias: 5 EEER são solteiros, 1 EEER é viúvo e 1 EEER é divorciado.

Gráfico 8 – Caracterização do tipo de dor segundo o estado civil



– Tipo de dor segundo a Formação Académica

Ao analisarmos, a figura 4 tipo de dor segundo a formação académica, tanto na dor aguda como na dor crónica deparamo-nos com o facto da maioria dos EEER se encontrarem situados no nível académico de licenciado e apenas 1 EEER com dor aguda e 1 com dor crónica se situarem no nível académico de mestre ou doutorado.

Figura 4 – Caracterização do tipo de dor segundo a formação académica

Formação académica do EEER		Licenciatura	Mestrado ou Doutoramento	Total
Tipo de dor	Aguda	10	1	11
	Crónica	27	1	28
	Omisso	-	-	2
Total		37	2	41

3.3. Caracterização da variável Qualidade de vida

A qualidade de vida, segunda variável em estudo, será analisada segundo os domínios da escala SF-36 e segundo os seus componentes.

A escala utilizada para avaliar a QdV contempla oito domínios, sendo eles a função física, o desempenho físico, a dor corporal, a saúde geral, a vitalidade, o funcionamento social, o desempenho emocional e a saúde mental.

Os domínios variam de 0 a 100, onde 0 corresponde à pior e 100 à melhor QdV. Por exemplo, quanto mais perto do 100 melhor está a qualidade de vida da pessoa naquele domínio e quanto mais próximo do 0 pior.

		Função Física	Desemp. Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Funcionamento social	Desemp. Emocional	Saúde Mental
N	Válido	109	109	109	109	109	109	109	109
	Omisso	5	5	5	5	5	5	5	5
	Média	86,19	81,65	52,58	68,49	62,20	78,78	84,40	77,10
	Desvio padrão	15,63	30,55	8,42	18,78	19,09	20,09	27,43	14,26
	Mínimo	30,00	0,00	34,44	20,00	20,00	25,00	0,00	36,00
	Máximo	100,00	100,00	77,78	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Figura 5 – Caracterização da qualidade de vida segundo os domínios do SF-36

Aquando da aplicação do questionário aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, resultou que os valores médios da função física, do desempenho físico e do desempenho emocional são os que apresentam valores mais próximo do 100, pontuação máxima, enquanto o mais baixo se encontra no domínio da dor corporal (52,58), o que indica que, de todos os domínios, é o que revela pior resultado. Os restantes 4 domínios, saúde geral, vitalidade, funcionamento social e saúde mental são os que apresentam valores entre os 60 e os 79, como é possível visualizar na figura 5.

Como podemos visualizar, ainda, os valores mínimos relatados nomeadamente 0 encontra-se nos domínios do desempenho físico e do desempenho funcional, o que indica que pelo menos 1 enfermeiro de reabilitação refere que a sua QdV se encontra muito afetada

nesses domínios. Por outro lado, em vários domínios, é possível observar o valor máximo, nomeadamente na função física, no desempenho físico, na saúde geral, na vitalidade, na funcionalidade, no desempenho emocional e na saúde mental. Apenas não é obtido no domínio da dor corporal.

Na figura 5 vemos ainda que o desvio padrão apresenta valores inferiores a 30,1, o que indica que em todos os domínios existe uma variação nos valores obtidos.

Figura 6 – Caracterização da qualidade de vida nas suas duas componentes

		Score de Qualidade de Vida (SF36)	SF36 Componente Física	SF36 Componente Mental
N	Válido	109	109	109
	Omisso	0	0	0
Média		591,40	288,91	302,49
Desvio Padrão		110,25	56,45	67,65
Mínimo		298,78	137,56	106,50
Máximo		750,56	355,56	400,00

Na figura 6 deparamo-nos com os scores totais da QdV dos EEER e das duas componentes que a perfazem, a componente física e a componente mental.

A média de valores na componente física é de 288,91, sendo inferior à média dos valores da componente mental, sendo esta de 302,49. Através do desvio padrão podemos perceber que na componente mental existe uma maior variabilidade de valores, sendo este de 67,65, valor superior à da componente física que é de 56,45. Isto ainda se pode constatar ao visualizar os valores mínimos e máximos das mesmas.

3.4. Correlação entre a Qualidade de Vida e a Dor

– Avaliação da Qualidade de Vida segundo a presença de dor

Para melhor análise da qualidade de vida, são analisadas, através da figura 7, as medidas de tendência central e dispersão das componentes física e mental, nos EEER com a ausência e a presença de dor.

Figura 7 – Caracterização da qualidade de vida

		Dor					
		Ausência de Dor			Presença de Dor		
		Componente Física	Componente Mental	QdV Score Total	Componente Física	Componente Mental	QdV Score Total
N	Válido	68	68	68	41	41	41
	Omisso	-	-	-	-	-	-
Média		308,47	323,46	631,93	256,46	267,72	524,18
Desvio Padrão		45,68	52,89	88,13	58,13	75,40	111,29

A análise acerca da qualidade de vida dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação da Região Autónoma da Madeira também foi realizada a partir dos dados das medidas de tendência central e de dispersão de duas componentes, a mental e a física. Como é possível constatar através dos cálculos efetuados como descrito no anexo I, os valores das médias da qualidade de vida, na ausência de dor, encontram-se nos 308,47 na componente física e nos 323,46 na componente mental, o que dá um score total de QdV de 631,93.

Já aquando da presença de dor na componente física encontra-se nos 256,46 e na componente mental nos 267,72, com o score total de QdV de 524,18. Através da figura 7 podemos verificar que o desvio padrão, tem um valor superior, 111,29, ao valor obtido na situação de ausência de dor, 88,13, o que indica que existe uma maior variabilidade dos valores da QdV nos EEER que experienciam dor.

– Correlação entre a Qualidade de Vida e Intensidade da dor

Figura 8 — Correlações bivariadas de Spearman (Rho) entre o Score de Qualidade de Vida e a intensidade da dor

	n	Rho	p
Intensidade da Dor * QdV	109	-.518	<.0001

A relação entre a Intensidade da Dor e o Score QdV foi investigada utilizando a correlação de Spearman (Rho). Verificou-se uma correlação negativa e forte, $Rho = -.518$, $n=109$, $p < .0001$, com elevados níveis de dor associados a menores scores de qualidade de vida.

4. DISCUSSÃO DOS DADOS

De modo a alcançar os objetivos propostos, na discussão são considerados os conhecimentos e referências bibliográficas debatidos ao longo da investigação. Como já referido, não existem estudos que explorem a relação entre a QdV e a dor nos EEER, que tenhamos conhecimento. Pelo que, para melhor discussão dos resultados, serão considerados vários estudos em diferentes grupos profissionais e etários.

A primeira parte do questionário é referente à caracterização da amostra, apresentando-se os resultados obtidos e proporcionando, assim, uma visão das suas características, e confrontando-os com a revisão da literatura.

A amostra é constituída por 114 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. O total dos 114 enfermeiros que participaram no estudo fazem parte dos 3654 profissionais EEER constituintes do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação da Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Através do relatório bienal do colégio existe um aumento gradual do número de membros nos últimos anos, passando de 2464 membros em 2012 para 3654 em 2017. Porém a nível nacional, apenas 10% dos EEER exercem funções inerentes aos cuidados de enfermagem especializados (OE,2018a). Apesar destes dados, é sempre necessário ter em atenção o alerta dado pela OMS em que devido à escassez de enfermeiros, sendo um problema mundial, é necessário apostar no crescimento e fortalecimento deste grupo profissional para não colocar em perigo a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2014). Já em 2007 e segundo um estudo de Kane *et al* (2007) se concluiu que a um maior número de enfermeiros mais qualificados estava associado um menor índice de mortalidade nos hospitais.

Segundo o Regulamento nº 743/2019, de forma a garantir o acesso das pessoas a cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação (preventivos, de manutenção e de recuperação) e tendo em consideração os programas e projetos existentes, pode o rácio ser ajustado a 0,25 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação por 1.000 habitantes. Sendo assim, segundo os valores revelados anteriormente, o rácio em 2017 era de 0,3654 enfermeiros para 1000 habitantes, superior aos publicados no regulamento. Porém, segundo os dados da OE (2018a) apenas 10% se encontrava a exercer cuidados de reabilitação, o que reduz o rácio para cerca de 0,03654 enfermeiros por 1000 habitantes, ficando assim muito inferior ao rácio estipulado em diário da república (OE, 2018a).

No que se refere à idade dos EEER, segundo o relatório da OE (2018a), a nível nacional os resultados são um pouco diferentes, dos obtidos neste estudo. Em 2017 verificou-se que:

cerca de 69% dos EEER têm menos de 50 anos dos quais 43% tem menos de 40 anos (...), verifica-se que existe uma maior prevalência de profissionais com idade compreendida entre os 31 e os 40 anos, o que parece identificar uma tendência de rejuvenescimento dos profissionais aleada à maturidade profissional. (p. 7)

Pelos dados obtidos neste estudo, pode-se constatar que a enfermagem de reabilitação na RAM está dividida igualmente em dois grandes grupos, o abaixo dos 46 anos e o acima dos mesmos 46 anos.

A amostra no que diz respeito ao género dos enfermeiros especialistas, é caracterizada por 61,4% enfermeiros género feminino, como é possível ver na tabela 1, o que demonstra que na RAM, no ativo, encontram-se maioritariamente enfermeiros do género feminino, o que está de acordo com os dados da OE (2018a), em que dos membros que integram o colégio da especialidade 71% dos EEER são do género feminino.

A maioria dos EEER, a exercer funções na RAM (cerca de 71,1%) é casado ou vive em união de facto, como é possível constatar na tabela 2. Segundo dados do INE (2011) na população portuguesa 4 924 870 indivíduos são casados o que perfaz uma percentagem de 40,46% sendo o estado civil com mais destaque na sociedade.

Em Portugal, a nossa realidade segundo o INE (2018a), é que 4 144,6 agregados domésticos privados são constituídos também por crianças. Corresponde a 26,9% dos casais ou adultos com filhos (INE, 2018b). No estudo de Gamallo *et al* (2012) os dados retrataram que as rotinas dos profissionais de saúde, incluindo, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação influenciam a rotina das famílias como um todo. Assim, sendo e tendo em conta que na região 79,8% dos EEER têm filhos, como podemos verificar na tabela 3, pressupomos que possa haver uma rotina que acabe por restringir a qualidade e o tempo de lazer, bem como o convívio social.

Com os resultados obtidos conseguimos visualizar que muitos dos profissionais não progredem na vida académica, como é possível visualizar no gráfico 4, sendo que no total dos 114 EEER que responderam ao questionário apenas 5 avançou na carreira académica, sendo que 4,4% obteve o grau de mestre e doutoramento.

No estudo de Albuquerque *et al* (2018) sobre a qualidade de vida no trabalho em enfermeiros de uma maternidade escola deparou-se que os enfermeiros estudados têm uma predominância de enfermeiros especialistas os quais prevaleceram com o nível académico

superior a licenciatura de 22,5%, o que destoa da realidade da RAM, em que 4,4% dos EEER apresentam grau académico superior a licenciatura.

Segundo dados da Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência em 2018 a nível nacional, tal como na nossa região maioritariamente, 48 808 indivíduos obtinham o grau de licenciatura, 1º ciclo, 16 558 obtiveram grau de mestre e apenas 2 266 grau de doutor (DGEEC, 2018), dados estes relativos a toda área académica, não apenas à área da enfermagem.

No que diz respeito à presença de dor, Rabais *et al* (2003) após um estudo realizado acerca da dor na população Portuguesa que incluiu idosos, revelou que 73,7% dos indivíduos participantes manifestou pelo menos um episódio de dor, nos sete dias anteriores aos à entrevista, o que contraria os resultados obtidos no estudo em que 41% dos inquiridos revelaram dor no momento do preenchimento do questionário, como é possível constatar na tabela 5. Porém é de salientar que os EEER, apesar do trabalho físico, apresentam menos dor que a generalidade da população, devido ao contexto etário e à eventual mais-valia de saber utilizar a mecânica corporal.

Segundo dados do inquérito nacional de saúde de 2014 (INE, 2016), cerca de 4,8 milhões de pessoas com 15 ou mais anos, ou seja, mais de metade da população sendo que a população residente na altura era de cerca de 8,9 milhões, mencionaram ter vivenciado dor nas 4 semanas anteriores à entrevista. No mesmo documento ainda é possível perceber que cerca de 3,2 milhões de pessoas referiram que a presença de dor provoca alterações nas tarefas do seu quotidiano.

O valor obtido, como é possível constatar no gráfico 5, difere um pouco dos valores nacionais, sendo que a nível nacional segundo o INE (2016) cerca de pouco mais de 50% da população portuguesa refere presença de dor, na RAM segundo este estudo 37,6% dos EEER no ativo referem dor.

Segundo dados do inquérito nacional de saúde 2014 (INE, 2016), a dor física foi sentida de forma ligeira ou muito ligeira por 2,1 milhões de pessoas, com intensidade moderada por cerca de 1,3 milhões de pessoas e de forma intensa ou muita intensa por cerca de 1,4 milhões. O que vai de encontro com os dados recolhidos dos enfermeiros de reabilitação da região, como é possível visualizar no gráfico 6, a maior incidência encontra-se nos níveis mais baixos de intensidade de dor, nomeadamente, 18,4% dos inquiridos têm dor ligeira, 15,7% têm dor moderada e 3,7% tem dor intensa

No que diz respeito ao tema da qualidade de vida, num estudo realizado por Freire *et al* (2016), cerca de 72% dos profissionais de enfermagem consideraram a sua qualidade

de vida satisfatória, sendo que a perceção subjetiva do individuo, no mesmo estudo, referente à QdV em geral foi de 69,28% e a satisfação com a sua saúde foi de 68,8%. Com isto e com o que podemos ver na figura 7, na ausência de dor a dispersão do valor do desvio padrão é menor em relação à presença de dor.

No estudo de Albuquerque *et al* (2018) no que diz respeito a QdV o estado geral da saúde demonstrou ser o domínio mais afetado, seguido pelo domínio da vitalidade, pelo domínio da dor, pelo aspeto físico e saúde mental. O autor supracitado justifica estes aspetos pelo desgaste físico e mental com que os profissionais de saúde se deparam nas suas rotinas de trabalho.

Noutro estudo sobre a QdV, de Elias e Navarro (2006), os enfermeiros demonstram que o domínio mais afetado foi o domínio da dor, seguido pela vitalidade, pelo aspeto social, pelo aspeto físico e pelo domínio da saúde mental. Neste estudo é afirmado ainda que existe uma dificuldade na execução das suas atividades, tanto a nível profissional como a nível doméstico.

Como é possível apurar através da figura 5, nos resultados obtidos neste estudo aquando a aplicação do questionário os EEER da RAM, tal como no estudo de Elias e Navarro (2006), o domínio com pior resultado é o domínio da dor corporal, seguindo este domínio os mais afetados são os domínios da vitalidade, da saúde geral, da saúde mental e do funcionamento social.

Correa *et al* (2013) no seu estudo referem que a dor crónica pode provocar alterações na saúde física e psicológica, alterar os níveis de stress e a qualidade de vida dos profissionais da área da saúde. Fonseca (2010) referenciando Angelotti, salienta que um quadro de dor compromete não apenas a saúde física do indivíduo que sofre com a dor, mas também uma grande quantidade de outros problemas que acabam por comprometer praticamente todos os aspetos da vida da pessoa.

A diminuição da qualidade de vida dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, é derivada a uma acomodação nos seus hábitos de trabalhos, começam a manifestar fisicamente e emocionalmente tais sintomas como exaustão, falta de habilidade em ter empatia com os outros e declínio de energia. (Harris & Griffin, 2015). Segundo Jesus *et al* (2015) a qualidade dos enfermeiros é considerada “como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, onde o ambiente da prática poderá ser uma variável determinante na atuação multidisciplinar que caracteriza a prestação de cuidados de saúde” (p.27).

Estudou-se a possível relação entre variáveis através do cálculo de correlações. Para correlação da intensidade da dor com o score da QdV realizou-se dois testes de normalidade de Kolmogorov-smirnov e Shapiro-wilk o que demonstrou ter um Sig. 0, o que revela ser um valor a não reter, uma vez que análises preliminares verificaram a violação dos pressupostos da normalidade.

A relação entre a Intensidade da Dor e a Score QdV foi investigada utilizando a correlação de Spearman (Rho), verificou-se uma correlação negativa e forte, $Rho = -.518$, $n=109$, $p<.0001$, com elevados níveis de dor associados a menores scores de qualidade de vida.

Como Bottega e Fontana (2010) já mencionaram a dor causa repercussões negativas na qualidade de vida. Com este estudo conseguimos comprovar isso, visto que após a realização das correlações bivariadas de Spearman em que o Rho é de $-.518$, um valor que vem nos demonstrar o que Keefe *et al* (2013) referem que a qualidade de vida diminui devido à dor.

Um dos fatores que podem alterar a qualidade de vida é a presença de dor, pegando na ideia de Keefe *et al* (2013) em que a QdV diminui devido à dor, visto que esta ocasiona desafios na vida das pessoas, desafios tais como mudanças de papéis, tanto na família e na sociedade, responsabilidades e os resultados de emoções negativas.

Neste estudo e como no de Fonseca (2010) concluiu-se que a dor limita a vida dos seus portadores e tem repercussões a nível emocional, social e familiar, físico, entre outros aspetos.

CONCLUSÃO

Evolução é a palavra-chave que leva a que o ser humano esteja sempre em constante desenvolvimento, e para tal é fulcral a investigação e aquisição de novos conhecimentos, a nível científico, profissional e pessoal.

A realização desta dissertação de mestrado, integrada na Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica, como conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, é o culminar de um percurso, como alguns percalços, com altos e baixos, mas que no fim me deixa orgulhosa e com expectativa quanto ao que o futuro me reserva na vida profissional.

Como se pode deparar na bibliografia consultada o controlo inadequado da dor leva a que haja repercussões negativas na qualidade de vida dos indivíduos, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Face a esta problemática, o objetivo do estudo foi avaliar a presença e os níveis de dor dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, avaliar a qualidade de vida do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, e verificar se a qualidade de vida está relacionada com a presença de dor. Para alcançar estes objetivos, optou-se por uma abordagem quantitativa com um total de amostra de 114 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira, sendo que 61,4% do género feminino, maioritariamente casados ou em união de fato.

Tendo em conta o nosso problema de investigação, face à questão de investigação “Quais os níveis de dor e qualidade de vida dos Enfermeiros de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira?” deparamo-nos com 18,4% dos inquiridos têm dor ligeira (níveis 1 e 2), 15,7% têm dor moderada (níveis 3 a 5) e 3,7% tem dor intensa (níveis 6 e 7), e que a nível da qualidade de vida, a componente mental apresenta valores inferiores ao da componente física e que o domínio da dor corporal é o que apresenta piores resultados. Face à segunda questão “Será que o nível de dor está relacionado com a qualidade de vida dos Enfermeiros de Reabilitação da Região Autónoma da Madeira?”, verificou-se pelos resultados obtidos, que a qualidade de vida do EEER diminui com a presença da dor. Sendo que a dor está intimamente relacionada à qualidade de vida do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e sendo que a dor é cada vez mais frequente na população mundial, com esta investigação pretendo trazer contributos para a área de conhecimento da Enfermagem de Reabilitação.

O presente estudo apresenta relevância para a ER, uma vez que, sendo que a qualidade de vida do profissional de saúde vai refletir-se no seu modo de agir e de estar. Se o ER se encontra com dor, o seu desempenho profissional vai ser reduzido, diminuindo a qualidade do seu trabalho e consequentemente levando a um aumento dos custos para o gestor, pois, como referem Vieira *et al* (2019) a dor tem impacto na qualidade de vida, interferindo a nível do funcionamento físico, psicológico e social.

É um desafio para a enfermagem de reabilitação que sejamos profissionais cada vez mais completos, tanto no conhecimento científico, quer na execução técnica quer na execução relacional, ética e humana. Só assim a ER evolui, não restando dúvidas da nossa importância e do nosso lugar e dos benefícios para os doentes e suas famílias.

Através da pesquisa efetuada para a elaboração do enquadramento teórico que foi efetuada, podemos afirmar que apesar da dificuldade de conceptualização, prevalece o consenso que a qualidade de vida é um fator que pode afetar a prestação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ao longo da execução deste estudo foram encontradas algumas limitações, entre elas, os estudos encontrados, alguns foram anteriores ao ano de 2000. Na população portuguesa desconheço estudos sobre a dor e a sua relação com o exercício da enfermagem de reabilitação. Uma das maiores limitações foi o pouco de domínio da área da investigação, que tentei contrariar com investigação na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, S.M.P., Silva, A.K.L., Oliveira, H.C. (2018). Qualidade de vida no trabalho em enfermeiros de uma maternidade escola. *Psicologia.pt-O portal dos psicólogos*. Acedido a 03/06/2020 em https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?qualidade-de-vida-no-trabalho-em-enfermeiros-de-uma-maternidade-escola&codigo=A1295&area=d8.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, M.A.B., Gutierrez, O.L., Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Alves, C.R.A, Correia, A.M.M, Silva, A.M. (2019). Qualidade de vida no Trabalho: Um estudo em uma instituição federal de ensino superior. *Revista GUAL*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, janeiro-abril. Doi: <http://dx.doi.org/10.5007/1983-4535.2019v12n1p205>
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington: APA.
- Andrade, F.A., Pereira, L.V., Sousa F.A.E.F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200018>.
- Angelotti, G & Fortes, M. (2007), “Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento da dor”. 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- António, C. A. S. (2017). *Gestão da dor no Serviço de Urgência: práticas dos enfermeiros*. Dissertação obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araujo, L.C., Romero, B. (2015). Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Rev Dor*. São Paulo, out-dez;16(4):291-6
- Association of Rehabilitation Nurses (2013). *The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions*. Acedido em https://rehabnurse.org/uploads/membership/ARN_Care_Transitions_White_Paper_Journal_Copy_FINAL.pdf

- Azevedo, L.F, Pereira, A.C., Mendonça, L. Dias, C.C., Lopes, J.M.C. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *The Journal of Pain*. Vol 13 (2012) 773-783. Doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Barofsky, I. 2012. Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of life research*, 21(4): 625-631. Doi: 10.1007/s11136-011-9961-0
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica*. Lisboa, Portugal: Permanyer Portugal. Acedido em 28/03/2019: <http://www.aped-dor.org/index.php/publicacoes/biblioteca-dador/71-multidisciplinaridade-e-organizacao-das-unidades-de-dor-cronica>
- Bottega, F. H. & Fontana, R.T. (2010). A dor como quinto sinal: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Abr-Jun; 19(2): 283-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009>
- Brasil. (2002) Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados Paliativos Oncológicos: controlo da dor*. Rio de Janeiro: INCA.
- Brennan, F. & Cousins, M. J. (2004). Pain relief as a human right. *Pain, Clinical Updates*, 12 (5),1-4.
- Burns, N; Grove, S (2001). *The practice of nursing research: conduct, critique & utilization*. 4ª Edição. Philadelphia: Saunders Company.
- Butti L, Bierti O, Lanfrit R, Bertolini R, Chittaro S, Delli Compagni S, Del Russo D, R Mancusi, Pertoldi F. (2017) Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *J Pain Res.*; 10:2479-88. doi: 10.2147/JPR.S138850
- Cerveira, A. J. (2011). *Independência Funcional nos Doentes com AVC: Determinantes Sociodemográficas e Clínicas*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- CIE (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*. Loures: Lusodidacta.
- Coelho do Vale, R. & Moreira, I. (2016), “Felicidade, satisfação e qualidade de vida, solidão e perceção de saúde (Novembro 2016)”, Observatório da Sociedade Portuguesa-Católica – Lisboa, acedido em <https://www.clsbe.lisboa.ucp.pt/pt-pt/estudo-da-sociedade-portuguesa-novembro-2016>
- Contente, P. F. M. Q. V. (2012). *Bem-estar, Qualidade de vida e Saúde Mental: Estudo*

- Descritivo na cidade da Horta. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa, acessado em <http://hdl.handle.net/10437/5049>
- Corrêa, R. Z. A., Souza, M. S., & Baptista, M. N.. (2013) Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 31, n. 75, p. 599-606, out./dez.
- DGEEC (2018). Diplomados no ensino superior: total e por nível de formação. Quantos estudantes concluem a licenciatura, o mestrado ou o doutoramento? Portada. Acessado a 20/03/2020 <https://www.pordata.pt/Portugal/Diplomados+no+ensino+superior+total+e+por+n%c3%advel+de+forma%c3%a7%c3%a3o-219-4163>
- DGS (14 Junho 2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº09/DGCG.
- DGS (18 Junho 2008). Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR). Circular Normativa nº11/DSCS/DPCD.
- DGS (2012). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e controlo da dor. Lisboa: Ministério da Saúde
- DGS (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2020). Porto: Porto Editora, 2003-2020. Acessado em 2020-02-29 <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/reabilitação>
- Elias M.A. & Navarro V.L. (2006) A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*14(4):517-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>
- Fernandes, C. & Pereira, A. 2016. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006129
- Ferreira PL. (2000) Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port.* Mai-Jun; 13(3): 119-27.
- Ferreira, P.F. (2017). Unidade de Cuidados Continuados- Ganhos com os cuidados de enfermeiros de reabilitação. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto

- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S. (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 21, n.º 1).
- Flor, H., & Turk, D. (2011). *Chronic Pain: An integrated biobehavioral approach*. Seattle; WA: IASP Press.
- Fonseca. S. (2010), O impacto da dor crónica na qualidade de vida do indivíduo. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.6/2983>
- Fontana, R.T. , Lautert, L. (2013) A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1306-1313. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3105.2368>.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de enfermagem..* Loures: Lusociência.
- Fortin, M; Grenier, R; Nadeau, M (2003). *O processo de Investigação: Da concepção à Realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Freire MN, Costa ER, Alves EB, Santos, CMF, Santos, CO (2016) Qualidade de Vida dos Profissionais de Enfermagem no Ambiente Laboral Hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. Recife, 10(Supl. 6):4286-94, nov., DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201616
- Fry, M., Bennetts, S. & Huckson, S. (2011). An Australian audit of ED pain management patterns. *Journal of Emergency Nursing*, 37 (3), 269-274. 26/03/2019: <http://scihub.io/10.1016/j.jen.2010.03.00>
- Gamallo, S. M.M ., Caparroz, F., Terreri, M.T.R.A., Hilário, M.O.E., Len, C.A. (2012). Qualidade de vida relacionada à saúde de filhos de profissionais da área de saúde . *Rev Esc Enferm USP* 46(6):1313-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600005>
- Gomes, L. (2019). Cuidar especializado à pessoa em situação crítica: um percurso até a especificidade da cirurgia cardíaca. Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre. ESESJC , Madeira: Portugal.
- Gonçalves, C.M.M. (2015). A Qualidade de Vida em Idosos institucionalizados. Trabalho de Projeto para obtenção de grau de mestre. Bragança: Instituto Politécnico. Acedido a 15/7/2019 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12048/1/CI%C3%A1udia%20M>

arlene%20Mesquita%20Gon%C3%A7alves.pdf

- Gouveia, M., Augusto, M. (2011). Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29(2):99-107. DOI: 10.1016/S0870-9025(11)70013-X
- Harris, C., & Griffin, M. T. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal Christian Nursing*, 32, 80–7. doi: 10.1097/CNJ.000000000000155
- Hebert, Goyette, Boutin (1994) –Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hwang, U., Belland, L.K., Handel, D.A., Yadav, K., Heard, K., Rivera-Reyes, L., Eisenberg, A., -boble, M.J., Mekala, S., Valley, M. Winkel, G., Todd, K.H., Morrison, R.S. (2014) Is all pain is treated equally? A multicenter evaluation of acute pain care by age. *J Pain*. ;155(12):2568-74. DOI: 10.1016/j.pain.2014.09.017
- IASP (2010), Ano Mundial Contra a Dor Aguda, PAIN, Acedido em (29/01/2020) https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/1-Problem_Portuguese.pdf
- IASP., (2006). Psychological Interventions for Acute and Chronic Pain in Children. *Pain*, XIV (4),4
- INE (2011). População residente segundo os Censos: total e por estado civil . Base de dados Portugal Contemporâneo. Portada. Acedido a 13/03/2020 em <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+estado+civil+-+17>
- INE (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Estatísticas Oficiais. Edição 2016. Lisboa
- INE (2018a). Agregados domésticos privados: total e por número de crianças. Portada. Acedido a 13/03/2020 em <https://www.pordata.pt/Europa/Agregados+dom%C3%A9sticos+privados+total+e+por+n%C3%BAmero+de+crian%C3%A7as-1615>
- INE (2018b). Agregados domésticos privados por tipo de composição do agregado. Portada. Acedido a 13/03/2020 em [https://www.pordata.pt/Europa/Agregados+dom% c3% a9sticos+privados+por+tipo+de+composi% c3% a7% c3% a3o+do+agregado+\(percentagem\)-1629-313520](https://www.pordata.pt/Europa/Agregados+dom% c3% a9sticos+privados+por+tipo+de+composi% c3% a7% c3% a3o+do+agregado+(percentagem)-1629-313520)

- Jensen, T.S., Finnerup, N.B. 2014 Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. *Lancet Neurol.*;13(9):924-35. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70102-4
- Jesus, É. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem
- Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J. (2007). Nurse Staffing and Quality of Patient Care. *Evid Rep Technol Assess.* (151):1–115
- Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. (2013) Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *Br J Anaesth* ;111(1):89-94. Acedido em 01/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet129>
- Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. (2013) Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *Br J Anaesth* ;111(1):89-94. Acedido em 01/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet129>
- Kopf, A. & Patel, N. (2010). Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle, EUA: IASP. Acedido em 28/03/2019: http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuietoPainManagement_Portuguese.pdf
- Kreling, M.C.D., Cruz, D. e Pimenta, C. (2006), “Prevalência de dor crónica em adultos” *Revista brasileira Enfermagem*, 59 (4), 509-513 Doi: <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.3>
- Larson, N., Sendelbach, S., Missal, B., Fliss, J., Gaillard, P. (2012). Staffing patterns of scheduled unit staff nurses vs. float pool nurses: a pilot study. *Medsurg nursing*, 21(1), pp.27–32. Disponível em: <https://www.amsn.org/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ-Larson-21-01.pdf>
- Leal C.M. S. (2008), Reavaliar o conceito de qualidade de vida, Dissertação de mestrado: Universidade dos Açores
- Lemos, A. (2007). Dor crónica: diagnóstico, investigação, tratamento. São Paulo, Brasil: Atheneu.

- Liliy, S., Julia, K., Elena, K., Oksana, Y., & Anastasia, F. (2015). The higher education impact on the quality of young people working life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 2412-2415. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.589>
- Maeno, M. (2001). *Cadernos do Trabalhador – Lesões por esforços repetitivos*. São Paulo: Kingraf – gráfica e editora.
- McGillion, M. H. & Watt-Watson, J. (2010). Dor. In Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F. & Green, C. J.. *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (pp.343-368).Loures: Lusodidacta
- Minayo, M.C.S.,Hartz, Z.M.A, Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência. saúde coletiva* . vol.5, n.1, pp.7-18. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.
- Miner, J. R., & Todd, K. H. (2013). Pain Management in the Emergency Department. In *Practical Management of Pain: Fifth Edition* (pp. 1009-1014). Elsevier Inc.. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-08340-9.00075-X>
- Mohallem, A.G.C.; Suzuki, C.E.; Pereira, S.B.A (2007). Princípio da oncologia. In: *Enfermagem oncológica*. São Paulo: Manole.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A . R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*, 2 (ed espec nº5), 269-279. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Observatório Nacional de Saúde (2003). *A dor na população portuguesa; alguns aspectos epidemiológicos do ano de 2002*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientados de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de ambulância*. Cadernos OE, série1, número 7. Lisboa: Academia do Design.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Acedido em : <http://wsw.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQ>

uatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação: relatório bienal 2016-2017. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa.

Orsel S, Akdemir A, Dag I. (2004) The sensitivity of quality of life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Compr Psychiatry*.45:57-61

Pinheiro, Rômulo (2007). A Dor e Religião. *Revista Dor*, São Paulo, v. 08, n. 04, p. 1113-1115, out./dez.

Polit, D.F., Beck, C.T (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª Edição. Porto Alegre: Artemed.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2017). Programa Nacional para a prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: DGS

PORTUGAL. MCTES (16 Agosto 2018) Decreto Lei nº 65/2018. Diário da República nº 157, Iª Série. p. 4147 - 4182.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (02 Dezembro 2014). Regulamento nº 533/2014. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 233/2014, II Série

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (03 Maio 2019). Regulamento nº 392/2019: Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº 85, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 Fevereiro 2011). Regulamento nº 125/2011: Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República nº 35, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (25 Setembro 2019). Regulamento nº 745/2019. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, II Série

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (25 Setembro 2019). Regulamento nº 743/2019. Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.184/2019, II Série.

Praça, M.I.F. (2012). Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACESTRás-os-Montes I Nordeste. *Dissertação apresentado no âmbito do Mestrado Gestão das Organizações*

Ramo da Saúde. Instituto Politécnico de Bragança : Bragança.

- Rabais, S., Nogueira, P.J., Falcão, J.M. (2003), “A Dor Na População Portuguesa. Alguns Aspectos Epidemiológicos”, ONSA, Lisboa
- 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: 31-49. Alcochete: Textiverso
- Ribeiro. J.L.P. (2005). O Importante é a Saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estudo de Saúde – SF 36. (1ªed). Taligrafe: Artes gráficas, Lda.
- Ribeiro. P.L.F. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Retirado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9969/1/RD199802.pdf>
- Roditi, D. & Robinson, M. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4: 41-49.
- Romão J. (2010). Comemorações do Dia Nacional de Luta Contra a Dor: “Impacto Social da Dor”. Em: 3º Congresso Interdisciplinar de Dor, 14-16 de Outubro, Lisboa, Portugal. Porto: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª Edición. México: Mc Graw-Hill.
- Scarry, E. (1985). *The body in pain: The making and unmaking of the world*. New York; NY: Oxford University Press.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M. I. & Gomes, B. P. (2018). Breve Panorama Mundial Da Enfermagem De Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 0, 7-13. Acedido em <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERn0.pdf>
- Shoeller, S.D. , Martins, M.M., Ribeiro, I., Lima, D.K.S., Padilha,M.I., Gomes,B.P. (2018). Breve Panorama Mundial Da Enfermagem De Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Volume 1, número 1 , Junho
- Silva, Isabel; Meneses, R.F.; Silveira, A.. (2007) . "Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral", *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4: 264 - 274.
- Soares, M., Ribeiro, S., Fonseca, C., Santos, V.(2018) Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas Pessoas Idosas com alteração da mobilidade,*Journal of Aging & Innovation*, 7 (2): 159-176

- Vieira C., Brás, M., FragosoM., (2019). Opióides na dor oncológica e o seu Uso em Circunstâncias Particulares: Uma Revisão Narrativa, *Acta Med Port* May;32(5):388-399. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.10500>
- Walid, M. S., Donahue, S. N., Darmohray, D. M., Hyer, L. A. Jr., Robinson, J. S. Jr. (2008). The fifth vital sign - what does it mean? *Pain Practice*, 8(6), 417–422. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2008.00222.x>
- WHO (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) - The WHOQOL Group 1995. Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409. DOI: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Zangão, O., Mendes, A.Q. , Braga, S. (2016). Estado de Saúde Vs Qualidade de Vida. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*. Vol. 2 N°1 Abril. Acedido a 15/07/2019 em <http://hdl.handle.net/10174/20509>

ANEXOS

ANEXO A – VALIDAÇÃO DO SF 36

A validação foi inspirado no procedimento de IQOLA (International Quality of Life Assesment). Foi aplicado o questionário SF 36 a 2358 indivíduos distribuídos por dois grupos: indivíduos saudáveis e indivíduos com doença crónica, sendo estes voluntários que se disponibilizaram a utilizar. Além do SF 36 foi ainda aplicado um questionário demográfico, de modo a recolher informações como a idade, escolaridade e estado civil, e um questionário de comportamento de doente que visa o estudo da existência de comportamentos associados à perceção de sintomas de doença (Ribeiro, 2005).

No protocolo de adaptação encontram-se definidas três fases, de modo a que se produza versões equivalentes nos diversos idiomas: a) tradução rigorosa e avaliação da tradução de modo a assegurar a equivalência conceptual e aceitação por parte dos respondentes; b) testes psicométricos formais que avaliem a classificação dos itens e a construção de escalas multi-itens; c) exame de validade das escalas e acumulação de dados normativos, e de guias de orientação (Bullinger, e al, 1998, citados por Ribeiro, 2005).

A organização que detém os direitos do questionário propõe uma versão previamente traduzida, pelo que para o presente estudo não é necessária realização da fase a) como refere Ribeiro (2005).

Características psicométricas e cotação, interpretação e tratamento de resultados

A escala SF-36 tal como já mencionada anteriormente, é uma escala que mede a perceção da saúde, e cada domínio inerente a este construto mede um outro sub-construto que são denominados de dimensões ou domínios. De modo a considerar que os sub-construtos, nomeadamente as escalas, domínios ou dimensões que compõem o SF-36 meçam domínios diferentes, devem ter uma correlação moderada entre eles (Ribeiro, 2005).

Continuando na ideia de Ribeiro (2005), este refere que entre os domínios a correlação deve ser moderada, pelo que todos os domínios do instrumento em análise contribuem para a avaliação do mesmo construto. Se a correlação for realizada de modo exaustivo poderá traduzir-se numa grande redundância e significava que os diferentes domínios que contribuem para o construto, provavelmente estivessem a medir um mesmo domínio.

Em contrapartida as diversas dimensões, escalas ou domínios que se agrupam em cada um dos componentes, quer o mental e componente físico, devem exibir correlações mais elevadas entre as dimensões do mesmo componente, do que as correlações com as dimensões de outro componente. De igual forma a correlação de cada dimensão com o componente a que pertence, deve ser mais elevada do que a correlação entre as dimensões de cada componente.

Na figura abaixo é possível verificar a existência de correlações moderadas entre as dimensões, que vão desde 0,41 a 0,77. Também observa-se que as correlações entre dimensões do mesmo componente são mais elevadas do que entre as dimensões de componentes diferentes.

Figura 9 – Correlação entre dimensões do SF-36 e entre estas e os componentes (corrigidos para sobreposição). Na diagonal, a negrito estão os valores da consistência interna dessa dimensão (Alfa de Cronbach)

	Dimensão do componente Físico				Dimensão do Componente Mental				CM	CF
	FF	DF	DC	SG	VT	SM	FS	DE		
FF	(0,94)									
DF	0,64	(0,87)								
DC	0,50	0,55	(0,88)							
SG	0,62	0,56	0,51	(0,83)						
VT	0,57	0,56	0,55	0,60	(0,83)					
SM	0,47	0,51	0,48	0,55	0,73	(0,87)				
FS	0,44	0,48	0,50	0,46	0,54	0,57	(0,69)			
DE	0,43	0,60	0,43	0,41	0,52	0,57	0,55	(0,78)		
CM	0,54	0,63	0,59	0,62	0,70	0,77	0,70	(0,64)		
CF	0,71	0,70	0,73	0,63	0,65	0,60	0,64	0,57	0,72	

Legenda: FF- Funcionamento Físico; DF- Desempenho Físico; DC- Dor corporal; SG- Perceção Geral de Saúde; VT- Vitalidade; SM- Saúde Mental; FS- Funcionamento Social; DE- Desempenho Emocional; CM- Componente Mental; CF- Componente Físico

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

Na figura acima podemos observar que as correlações entre as dimensões do componente físico são genericamente mais elevadas do que estas com as do componente

mental e vice-versa (comparação feita entre as correlações do quadrante superior esquerdo e do quadrante inferior direito com as correlações do quadrante inferior esquerdo). Como é observado, a dimensão vitalidade é uma exceção, a qual apresenta valores idênticos de correlação com as dimensões dos dois componentes.

A correlação de cada dimensão com o componente a que pertence (corrigida para sobreposição) mostra valores superiores do que a correlação com o outro componente. Por sua vez as correlações só ultrapassam a barreira dos 0,70 entre a vitalidade e saúde mental e entre cada dimensão e o componente a que pertence, o que é de esperar por serem dimensões do mesmo construto.

Os itens do questionário SF 36 estão cotados de tal modo que à nota mais elevada corresponde uma melhor perceção do estado de saúde. Ou seja, a escala de funcionamento físico é classificada de modo a que a uma melhor nota corresponda um melhor funcionamento. Do mesmo modo, na escala da dor corporal, a nota mais elevada significa ausência de dor.

Cotação, interpretação e tratamento de resultados da SF 36

A cotação é realizada em três passos:

- 1 - Recodificação dos 10 itens do questionário que necessitam de recodificação;
- 2 - Cálculo das notas das escalas, somando os itens que pertencem à mesma escala (notas brutas das escalas);
- 3 - Transformação das notas brutas numa escala de 0-100.

A recodificação dos valores dos itens consiste na recodificação das respostas de modo a derivar o valor do item que será utilizado para calcular as notas das escalas.

Neste processo são incluídos vários passos: alterar os valores que estejam fora dos valores previstos para o missing; recodificar os valores dos 10 itens que devem ser alterados; substituir os valores previstos para o missing pelos valores estimados para cada pessoa.

As notas finais de cada dimensão deste questionário variam entre 0 e 100. Para se obter este valor, é necessário proceder-se a uma operação que será apresentada de seguida:

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

Fonte: (Ribeiro, 2005).

De seguida, na figura 10, serão apresentados os significados referentes a cada pontuação atribuída em cada item:

Figura 10 – Pontuação referente ao SF 36

Texto dos itens	Respostas a escolher	Valor do item antes da codificação	Valor final do item
1. Em geral, como diria que a sua saúde é:	Ótima	1	5
	Muito boa	2	4,4
	Boa	3	3,4
	Razoável	4	2
	Fraca	5	1
2. Comparado com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual?	Muito melhor	1	
	Com algumas melhoras	2	
	Aproximadamente igual	3	
	Um pouco pior	4	
	Muito pior	5	
3a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, ou aspirar a casa.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3c. Levantar ou carregar as compras da mercearia.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3d. Subir vários lanços de escadas.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3e. Subir um lanço de escada.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3g. Andar mais de 1 km.	Sim, muito limitado	1	1

	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3h. Andar vários quarteirões.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3i. Andar um quarteirão.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
3j. Tomar banho ou vestir-se sozinho.	Sim, muito limitado	1	1
	Sim, um pouco limitado	2	2
	Não, nada limitado	3	3
4a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades.	Sim	1	1
	Não	2	2
4b. Fez menos do que queria.	Sim	1	1
	Não	2	2
4c. Sentiu-se limitado no tipo de trabalho ou outras atividades	Sim	1	1
	Não	2	2
4d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).	Sim	1	1
	Não	2	2
5a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades.	Sim	1	1
	Não	2	2
5b. Fez menos do que queria.	Sim	1	1
	Não	2	2
5c. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume.	Sim	1	1
	Não	2	2
6. Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Absolutamente nada	1	5
	Pouco	2	4
	Moderadamente	3	3
	Bastante	4	2
	Imenso	5	1
7. Teve dores?	Nenhumas	1	6,0
	Muito fracas	2	5,4
	Ligeiras	3	4,2
	Moderadas	4	3,1
	Muito fortes	6	1
8. De que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	Absolutamente nada	1	5
	Um pouco	2	4
	Moderadamente	3	3
	Bastante	4	2
	Imenso	5	1

9a. Se sentiu cheio/a de vitalidade:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9b. Se sentiu muito nervoso:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9c. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9e. Se sentiu cheio de energia:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9f. Se sentiu triste e em baixo:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9g. Se sentiu estafado/a	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1

9h. Se sentiu feliz:	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
9i. Se sentiu cansado/a	Sempre	1	6
	A maior parte do tempo	2	5
	Bastante tempo	3	4
	Algum tempo	4	3
	Pouco tempo	5	2
	Nunca	6	1
10. Durante as últimas quatro semanas em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, familiares, etc.)	Sempre	1	1
	A maior parte do tempo	2	2
	Algum tempo	3	3
	Pouco tempo	4	4
	Nunca	5	5
11a. Parece que adoço mais facilmente que os outros:	Totalmente verdade	1	1
	Em grande parte verdade	2	2
	Não sei	3	3
	Em grande parte falsa	4	4
	Totalmente falsa	5	5
11b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa:	Totalmente verdade	1	5
	Em grande parte verdade	2	4
	Não sei	3	3
	Em grande parte falsa	4	2
	Totalmente falsa	5	1
11c. Estou convencido que a minha saúde vai piorar:	Totalmente verdade	1	1
	Em grande parte verdade	2	2
	Não sei	3	3
	Em grande parte falsa	4	4
	Totalmente falsa	5	5
11d. A minha saúde é ótima	Totalmente verdade	1	5
	Em grande parte verdade	2	4
	Não sei	3	3
	Em grande parte falsa	4	2
	Totalmente falsa	5	1

Para o item 8 deve fazer-se a correção nas seguintes condições, conforme as recomendações e os valores normativos da versão norte americana:

- Se tiver respondido tanto ao item 7 como ao item 8:

Respostas a escolher:	Se o valor do item 8 for:	E o valor da codificação do item 7 for:	Valor final do item 8:
Absolutamente nada	1	1	6
Absolutamente nada	1	De 2 a 6	5
Um pouco	2	De 1 a 6	4
Moderadamente	3	De 1 a 6	3
Bastante	4	De 1 a 6	2
Imenso	5	De 1 a 6	1

- Se não tiver respondido ao item 7:

Respostas a escolher:	Valor do item antes da codificação	Valor final do item
Absolutamente anda	1	6,0
Um pouco	2	4,75
Moderadamente	3	3,5
Bastante	4	2,25
Imenso	5	1,0

CrITÉrios Especiais de AplicaÇão

A SF 36 tem sido amplamente utilizado e tem sido validado por diferentes autores a partir dos 14/15 anos (Ferreira, 2000 e Ribeiro, 2005), desde que possua capacidade para ler o questionário (Ferreira, 2000).

Pode ser aplicado através de várias estratégias: auto-preenchimento, por meio de uma entrevista, por correio ou por telefone.

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 (Ferreira, 2000).

ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO



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

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, através do preenchimento de questionários. 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 a informação mencionada na Folha de Informação ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação. 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: Enfermeiro Especialista em Reabilitação

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA



(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

Autização
Tufarques e propoent
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 Nº 35 de 2019, pedido submetido pela **Profª 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)

ANEXO D – 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 do nível da Qualidade de Vida Short Form 36

José Luís Pais 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.**

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito Melhor	Com algumas Melhorias	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

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:			
	Sim muito limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
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 casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas (1 lanço=10 graus)	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-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

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?		
	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

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)?		
	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

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?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

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)?				
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.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	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