



Campus Universitário de Almada  
Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Catarina Diana Félix Ferreira

53257

**O PAPEL DA ESPERANÇA E DA RESILIÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA  
DOS UTENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS  
CONTINUADOS DE MÉDIA-DURAÇÃO E REABILITAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador(a): Professora Doutora Sandra Roberto

Almada, 2019/2020

## DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

A presente dissertação foi realizada por Catarina Diana Félix Ferreira do Ciclo de Estudos de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, no ano letivo de 2019/2020.

O seu autor declara que:

- (i) Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo, investigação e trabalho do seu autor.
- (ii) Este trabalho, as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou outra instituição de ensino/formação.
- (iii) Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.
- (iv) Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de deteção eletrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e/ou no futuro.
- (v) Foi tomado conhecimento que este trabalho poderá ficar disponível para consulta no Instituto Piaget e que os seus exemplares serão enviados para as entidades competentes e prevista na legislação.

5 de março de 2021

Assinatura

Este documento foi elaborado segundo o Novo Acordo Ortográfico de 1990 e o Guia para o Estilo de Escrita da APA (versão para a 7ª edição), salvo exceções Relacionadas com as diretrizes propostas pelo ISEIT.

*Conhecer o homem – esta é a base de todo o sucesso.*

*- Charles Chaplin*

## DEDICATÓRIA

Aos meus mais que tudo,

*Os meus pais.*

## **AGRADECIMENTOS**

Embora ao longo desta investigação tenha agradecido a todos os que, de certa forma, intervieram, direta ou indiretamente, na concretização de mais um objetivo a nível académico, nunca é demais honrá-los e mencioná-los.

Quero honrar e agradecer em primeiro lugar os meus pais, que possibilitaram todo este percurso académico, permitindo-me escolher e acompanhando-me sempre. Espero que esta etapa, agora a terminar, compense de algum modo todo o esforço, compreensão e dedicação que me oferecem.

Quero ainda agradecer à minha família no geral, que sempre mostrou interesse e carinho por este meu percurso.

À orientadora desta dissertação, Doutora Sandra Roberto, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio demonstrado. O meu obrigada.

Doutora Sofia Campos, em parte responsável por este trabalho, com quem tive o orgulho e privilégio de colaborar, pelos conselhos sempre sábios que me deu, pela forma como me orientou e por toda a disponibilidade.

Quero mencionar de forma especial a Doutora Flávia Pinto, pela sua incessante disponibilidade e pela forma como tornou possível a recolha de dados da amostra. Expresso-te o meu enorme obrigada por tudo ... ficará uma amizade.

Ao Conselho de Administração da Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação ACREDITA, agradeço a permissão para a realização deste estudo, apesar de toda a situação crítica atravessada (Covid-19).

Aos utentes que aceitaram e se disponibilizaram a participar neste estudo e sem os quais não teria sido possível a realização do mesmo, o meu muito obrigada.

Ao meu Guilherme, que acompanhou todo este meu percurso e me fez sempre exercitar a resiliência, fazendo-me ter esperança num amanhã melhor. Obrigada por o amor e companheirismo.

A todos, que de uma forma ou de outra, me ajudaram a chegar aqui, aos que acreditaram e também aos que duvidaram.

A vós reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão.

## RESUMO

A doença traz consigo um período de fragilidade, sofrimento e desespero. O binómio saúde/doença evidencia ser afetado positivamente pela esperança, ajudando o utente a lidar com as condições adversas, a doença. Aliado a isto, estudos mostram que também a resiliência coopera no enfrentamento da doença e, conseqüentemente, a desenvolver uma melhor perceção da qualidade de vida. De certa forma, a esperança e a resiliência protegem contra vulnerabilidades internas e/ou circunstâncias adversas da vida. Assim sendo, torna-se pertinente estudar estes construtos, de modo a perceber-se se a esperança e a resiliência podem ajudar a melhorar a qualidade de vida, nomeadamente no processo da doença.

**Objetivo:** Avaliar o impacto da esperança e resiliência na qualidade de vida dos utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação.

**Método:** O estudo foi realizado com 37 utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação ACREDITA. O instrumento de recolha de dados integrou, variáveis sociodemográficas, a Escala de Esperança de Herth (HHI-PT), a Escala Resilience Mental Help (RMH22) e o Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8).

**Resultados:** Os dados mostram que os utentes apresentam um nível de esperança moderada e um índice baixo de resiliência e de qualidade de vida. Constatou-se ainda que tanto a esperança como a resiliência influenciam positivamente a qualidade de vida dos utentes. Mais esperança e resiliência associaram-se a mais qualidade de vida.

**Conclusão:** Este estudo reforçou o papel da esperança e da resiliência como fator protetor e preditor de qualidade de vida e no viver da doença crónica.

**Palavras-chave:** Esperança, Resiliência, Qualidade de Vida relacionada com a saúde, Doença Crónica, Cuidados Continuados Integrados.

## **ABSTRACT**

The disease brings with it a period of fragility, suffering and despair. The binomial health/disease evidence to be affected positively by hope, helping the patient to deal with adverse conditions, the disease. Allied to this, studies show that resilience also cooperates in coping with the disease and, consequently, to develop a better perception of quality of life. In a way, hope and resilience protect against internal vulnerabilities and/or adverse circumstances of life. Therefore, it is pertinent to study these constructs, in order to understand if hope and resilience can help to improve the quality of life, namely in the disease process.

**Objective:** to assess the impact of resilience and hope on the quality of life of hospitalized patients in a medium-term and rehabilitation care unit.

**Method:** The study was carried out with 37 patients of the medium-term and rehabilitation care unit ACREDITA. The data collection instrument included, sociodemographic variables, the Herth Hope Scale (HHI-PT), the Resilience Mental Help Scale (RMH22) and the Quality-of-Life Index (EUROHIS-QOL-8).

**Results:** The data show that patients have a moderate hope and quality of life and a low index of resilience. It was also found that both hope and resilience positively influence the quality of life of patients. More hope and resilience were associated with more quality of life.

**Conclusion:** This study reinforced the role of hope and resilience as protective factor and predictor of quality of life and in living gives chronic illness.

**Key-words:** Hope, Resilience, Health-related Quality of Life, Chronic Illness, Continuous Care.

## **ACRÓNIMOS**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA - Associação Americana de Psiquiatria

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EGA – Equipas de Gestão de Altas

EUROHIS-Qol-8 - Índice de Qualidade de Vida Eurohis-Qol-8

HHI-PT - Escala de Esperança de Herth: versão portuguesa

HHS – Herth Hope Scale (Escala de Esperança de Herth)

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS - Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

RMH 22 - Resilience Mental Help (Escala de Resiliência)

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC - Unidades de Convalescença

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

## ÍNDICE

RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
ACRÓNIMOS .....	9
ÍNDICE .....	10
INTRODUÇÃO .....	12
<b><i>CAPÍTULO I: Revisão da Literatura</i></b> .....	16
O DOENTE EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS .....	17
ESPERANÇA .....	19
RESILIÊNCIA .....	25
QUALIDADE DE VIDA .....	30
RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA	35
<b><i>CAPÍTULO II: Metodologia</i></b> .....	40
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	41
DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	41
HIPÓTESES .....	41
TIPO DE INVESTIGAÇÃO .....	42
VARIÁVEIS .....	43
PARTICIPANTES (PARTICIPANTES E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM) ..	43
<b><i>INSTRUMENTOS</i></b> .....	44
<i>i) Questionário Sociodemográfico</i> .....	44
<i>ii) Escala de esperança de Herth: versão portuguesa (HHI-PT)</i> .....	44
<i>iii) Escala de Resiliência - Resilience Mental Help (RMH 22)</i> .....	45
<i>iv) Índice de Qualidade de Vida EurohisQol-8</i> .....	46
PROCEDIMENTOS ÉTICO LEGAIS .....	47
<b><i>CAPÍTULO III: Apresentação de resultados</i></b> .....	49
1. Procedimento estatístico .....	50
2. Apresentação dos resultados .....	50
2.1 Análise descritiva .....	51
2.2 Análise Inferencial .....	59
<b><i>CAPÍTULO IV: Discussão de resultados</i></b> .....	67

CONCLUSÃO .....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
<i>ANEXOS</i> .....	87
<b>ANEXO A</b> Pedido de Utilização de Escalas e suas respostas .....	88
<b>ANEXO B</b> Pedido de Autorização Institucional e sua Resposta .....	91
<b>ANEXO C</b> Formulário de Consentimento Informado .....	93
<b>ANEXO D</b> Questionário .....	95
<b>ANEXO E</b> Escala de Esperança de Herth – HHI-PT .....	97
<b>ANEXO F</b> Escala de Resiliência – Resilience Mental Help (RMH 22).....	98
<b>ANEXO G</b> Índice de Qualidade de Vida – EUROHIS-QOL-8.....	99

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica (N = 37) .....	51
<b>Tabela 2.</b> Caracterização da amostra quanto ao nível de esperança, de resiliência e de qualidade de vida (N=37) .....	54
<b>Tabela 3.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à escolaridade da amostra .....	55
<b>Tabela 4.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à Profissão Exercida da amostra .....	56
<b>Tabela 5.</b> Comparação dos índices de Qualidade de Vida Total em relação às variáveis sociodemográficas da amostra .....	57
<b>Tabela 6.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação ao Sexo da amostra .....	60
<b>Tabela 7.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação ao estado civil da amostra .....	61
<b>Tabela 8.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à idade da amostra .....	62
<b>Tabela 9.</b> Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação às crenças espirituais/religiosas da amostra .....	63
<b>Tabela 10.</b> Correlação entre Esperança e Qualidade de Vida da amostra .....	64
<b>Tabela 11.</b> Correlação entre Resiliência e Qualidade de Vida da amostra .....	65
<b>Tabela 12.</b> Regressão Hierárquica da Qualidade de Vida entre a Esperança e a Resiliência da amostra .....	66

## INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a uma rápida transição dos perfis de saúde na população, que resulta do predomínio de doenças crónicas (Boell, Silva, & Hegadoren, 2016). A doença crónica é uma das grandes problemáticas contemporâneas, nomeadamente ao nível dos sistemas de saúde e social, estimando-se que mais de metade dos portugueses têm pelo menos uma doença crónica e que um terço vive com mais de duas doenças crónicas (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2019). Em Portugal, as doenças crónicas (e.g cancro, diabetes, doenças cardíacas ou os acidentes vasculares cerebrais) são responsáveis por mais de 80% das mortes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, não é surpreendente que a OMS considere as condições crónicas como o desafio da saúde deste século.

Para uma patologia ser considerada doença crónica, esta tem que apresentar pelo menos uma das seguintes características: provocar incapacidade, ser causada por alterações patológicas irreversíveis, e necessitar de supervisão por longos períodos de tempo. Em geral, as doenças crónicas têm progressão lenta, longa duração e requerem tratamento médico (OMS, 2005). A maioria das doenças crónicas têm o potencial de piorar a saúde geral dos doentes, limitando a sua capacidade de viver bem, uma vez que abalam as diferentes dimensões que contemplam o doente, a nível físico, emocional, psicológico, familiar, social e profissional (Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016).

A rapidez da instalação, o grau de ambiguidade na apresentação dos sintomas, a preponderância da dor, o curso da doença, o grau de rutura nas atividades de vida diária provocado pelos sintomas e tratamentos, e a eficácia do tratamento, representam dimensões da doença crónica que requerem adaptação por parte do doente (Boell, Silva, & Hegadoren, 2016), como do doente internado numa unidade de cuidados continuados integrados (UCCI).

Em resposta a esta realidade, surgiu a implementação de novas estratégias de intervenção no setor da saúde, inspirando a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que vem providenciar serviços especializados a quem deles necessita (Instituto da Segurança Social, 2019).

Embora a RNCCI preste cuidados a nível global, é crucial perceber que depois de ultrapassada a fase aguda de uma doença, os indivíduos passam naturalmente por um processo de ajuste à vida procurando um estilo de vida que possa ser mantido, preservando a sua

autoestima e adaptando-se às suas limitações (Farias & Martins, 2013 as cited in Abrantes, 2018). Um dos grandes desafios na intervenção com doenças crónicas é melhorar a qualidade de vida (QdV) destes doentes (Almeida Gutierrez & Marques, 2012 as cited in Abrantes, 2018).

Segundo a literatura a esperança tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo evidenciado em diversos estudos a sua importância no contexto de doença, documentando o seu contributo na adaptação à doença e, consecutivamente, na melhoria do bem-estar e QdV da pessoa (McClement & Chochinov, 2008 as cited in Ramos, 2013; Pinto et al., 2012). A literatura realça também a importância da resiliência para as pessoas doentes, ostentando os mesmos benefícios acima descritos.

A resiliência refere-se à capacidade dos seres humanos em enfrentar e responder de forma positiva às experiências negativas. Portanto, falar de resiliência significa falar de produção de saúde em contextos adversos, como o processo de doença (Silva et al., 2003).

Conhecer os níveis de resiliência e de esperança dos doentes possibilita o desenvolvimento de ações que envolvem educação em saúde, além de influenciar o nível de adesão ao tratamento e aceitação da sua condição (Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016). Ambos os construtos teóricos (resiliência e esperança) podem ser utilizados em benefício da prática clínica na reabilitação, podendo retroalimentar o desenvolvimento de novas estratégias e intervenções com vista a uma melhor perceção de qualidade de vida. Porém, este é ainda um grande desafio, pois embora esta temática tenha recebido cada vez mais atenção, há ainda escassez de estudos nomeadamente nesta tipologia de população, os utentes de UCCI (Andrade et al. 2017; Ashmawi et al., 2016; Boell et al., 2018; Cavaco 2010; Corveleyn et al., 2017; Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016; Gheshlagh et al., 2016).

Esta dissertação procura compreender o impacto da resiliência e esperança na qualidade de vida dos utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação. O estudo destes construtos permite, assim, compreender melhor os processos dinâmicos de promoção de saúde, promovendo a criação de programas e terapias mais adaptadas às necessidades dos indivíduos (Ashmawi et al., 2016; Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016; Ramírez-Maestre, Esteve, & López, 2012; Ramírez-Maestre et al., 2019), que os auxiliem no processo de descoberta e aceitação das suas capacidades de forma positiva, tornando-os mais confiantes e resilientes na forma como enfrentam a vida quotidiana, por mais difícil e adversa que se apresente (Tavares, 2001 as cited in Almeida, 2016).

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes, uma de revisão teórica e uma outra dedicada ao estudo empírico, cada uma delas constituída por vários capítulos. A primeira parte inclui a fundamentação teórica do tema em investigação e resultados de investigação empírica, que constituíram o fio condutor deste estudo. Ao longo dos subcapítulos abordam-se os conceitos de esperança, resiliência e qualidade de vida, e por fim a relação entre elas, em especial no processo de doença. A segunda parte inclui o estudo empírico desenvolvido, onde será abordada a metodologia, a análise e discussão dos resultados obtidos. Na reta final da dissertação é apresentada uma conclusão geral onde se realçam os principais resultados, e por fim referem-se as limitações do estudo e algumas sugestões para futuras investigações nesta temática.

***CAPÍTULO I***  
***Revisão da Literatura***

## **O DOENTE EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Atualmente as pessoas com doenças incuráveis e de evolução prolongada são crescentemente uma realidade na nossa sociedade sendo comum encontrar extremamente impregnada a desesperança, a perda de bem-estar e o sofrimento, levando a pessoa a questionar-se sobre o sentido da vida. Este contexto leva a uma crescente necessidade de prestação de cuidados continuados, que têm como finalidade disponibilizar apoio técnico e especializado baseados numa perspetiva humanizada do doente (Figueiredo, 2018). Para responder a essa carência foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que representa um processo inovador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, tendo sido criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015 de 28 de julho (Instituto da Segurança Social, 2019).

Nas Unidades de Cuidados Continuados, por norma, verifica-se uma prevalência de população de idade avançada que apresentam dependência funcional por falta ou perda de autonomia física ou psicológica, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica (e.g. demência de alzheimer, défice cognitivo ligeiro, entre outras), sequelas pós-traumáticas (e.g. acidente vascular cerebral, traumatismo crânio encefálico), deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada (Querido, 2010 as cited in Andrade et al. 2017).

Maioritariamente a esperança e a resiliência estão muito direcionadas nos doentes do foro oncológico, no entanto qualquer pessoa em situação de doença, mesmo que seja uma fase transitória sente-se ameaçada e insegura. No caso dos doentes crónicos, à medida que a sua doença vai agravando, a debilidade física associada se vai instalando e se vão deparando com a perda de papéis em consequência da sua incapacidade funcional pode levar os mesmos à falta progressiva da esperança e de força para ultrapassar e aceitar a situação atravessada (Andrade et al. 2017; Boell et al., 2018; Querido, 2005).

A RNCCI visa a prestação de cuidados numa ótica global de satisfação das necessidades das pessoas que apresentam dependência, precisão de cuidados de saúde e de apoio social. Esta detém como missão dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, nomeadamente: diminuição internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado; diminuição do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos

idosos; diminuição do número de altas hospitalares tardias; aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social na perspetiva de reabilitação integral e promoção da autonomia; proporcionar melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de vulnerabilidade ou com doença crónica; disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e prosseguimento de cuidados pós-internamento hospitalar; flexibilização da organização e da planificação dos recursos alicerçados ao sistema local de saúde, por meio da identificação pormenorizada das necessidades de cuidados da população, a nível regional; melhor eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares (Instituto da Segurança Social, 2019).

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados são responsáveis por administrar os casos dos doentes, identificando os problemas mais complexos e, atendendo ao objetivo primordial, ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia, melhorando assim a sua qualidade de vida (Instituto da Segurança Social, 2019).

As UCCI são constituídas por uma equipa multidisciplinar que têm uma enorme preocupação na prestação individualizada e humanizada de cuidados, a nível bio-psi-socio-cultural e espiritual, bem como na equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede. O seu modelo de gestão de doentes tem delineado critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados assim como critérios de exclusão (Direção Geral da Saúde [DGS], 2006).

A RNCCI de âmbito geral, contém as seguintes tipologias de resposta: a) Unidades de Convalescença (UC); b) Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); c) Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e d) Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI).

Porém, tendo em conta este trabalho optou-se por destacar apenas uma das unidades de internamento, a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Uma UMDR destina-se, segundo o artigo 31º do Decreto-lei n.101/2006, a pessoas que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas com potencial de reabilitação funcional e que careciam de cuidados de saúde, apoio social, que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio (Decreto-lei, nº101/2006, 6 junho «artigo 31º»).

A UMDR propicia: a) Reabilitação funcional; b) Cuidados médicos diários; c) Cuidados de enfermagem permanentes; d) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; e) Prescrição e administração de medicamentos; f) Apoio psicossocial; g) Higiene, conforto e alimentação; h) Convívio e lazer (Instituto da Segurança Social, 2019).

Os utentes que integram uma UMDR são propostos pela Equipa de Coordenação Local (ECL) e Equipa de coordenação Regional (ECR), de acordo com os critérios estabelecidos pela RNCCI e com a existência de um prévio consentimento informado por parte do utente. Os utentes são referenciados pelas equipas de gestão de altas (EGA) dos hospitais e pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários. Está definido para este tipo de resposta um internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho; Instituto da Segurança Social, 2019).

Em todo o processo de doença, em particular durante o internamento, a adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crónicas. Foi descoberto que a adaptação do doente à doença está associada ao envolvimento do mesmo no tratamento (Faria, Revoredo, Vilar, & Chaves, 2014). Porém, a prestação de cuidados não deve ser de índole exclusivamente direcionada para a reabilitação da funcionalidade, mas sim de forma holística (Faria, Revoredo, Vilar, & Chaves, 2014).

Assim sendo, note-se a importância da temática deste estudo neste tipo de população, uma vez que há vários estudos com evidências do efeito benéfico que a esperança apresenta para a saúde das pessoas, já que auxilia na capacitação do indivíduo para suportar as situações de crise e na determinação de objetivos futuros e, conseqüentemente, numa melhor qualidade de vida (Souza, & Cervený, 2006 as cited in Almeida, 2016). A resiliência também é associada ao campo da promoção da saúde, nomeadamente à capacidade do indivíduo em lidar com a doença, aceitando suas limitações e readaptando-se de forma positiva (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005 as cited in Bianchini, Itajaí, & Aglio, 2006); alcançando bem-estar e qualidade de vida (Deep & Pereira, 2012 as cited in Pinheiro, 2016).

## **ESPERANÇA**

A esperança, etimologicamente deriva do Latim *sperantia*, é definida como a “confiança em se conseguir o que se deseja, expectativa” (Infopédia, 2003). Definida nestes termos, a

esperança aparenta ser um conceito de carácter universal, por ser inerente ao ser humano e, dado estar sujeito às vivências de cada pessoa, de natureza individual, multidimensional e dinâmico, com orientação para o futuro e com possibilidade de um resultado positivo (Benzein, Norberg, & Saveman, 2001; Yates, 1993 as cited in Ramos, 2013). No entanto, estas definições de carácter generalista não se enquadram com a complexidade do conceito, especialmente se entendido como um componente essencial da prática clínica (Querido, 2005).

O significado e conceito de esperança não são estudados por uma única disciplina, tendo sido explorado por várias perspetivas teóricas. Resulta assim num fenómeno com diversos significados, sendo, por este motivo, designado como um conceito fronteira (Barnard, 1995; Magão & Leal, 2001 as cited in Ramos, 2013).

A literatura evidencia que a investigação conceptual teve início antes da segunda metade do século XX, mais concretamente, com a teologia e a filosofia. A partir de 1950, começou a constituir uma área de interesse por parte das ciências humanas e da saúde, entre as quais a psicologia, a medicina e a enfermagem (Ward & Wampler, 2010; Weingarten, 2010 as cited in Marques, 2014).

Na perspetiva da teologia e filosofia, recentemente, segundo um estudo nacional há evidências que há relação entre a esperança e a espiritualidade (Ottaviani et al., 2014 as cited in Gratão, Luches, Oliveira, Orlandi, Pavarini, & Souza, 2017). A dimensão espiritual é tida como relevante na atribuição de significados à vida e um recurso de esperança, uma vez que, em momentos de dificuldades, os indivíduos procuram a aproximação com a fé e crenças, para enfrentarem situações adversas (Gratão et al., 2017). Nesta perspetiva a presença da fé e da esperança habilita e fortalece no indivíduo a perceção de “controlo” e pode aumentar os efeitos terapêuticos.

No âmbito da psicologia duas perspetivas gerais sobre a esperança podem ser encontradas: dinâmica/ emocional e a cognitivo-comportamental (Coulehan, 2011), modelos de natureza unidimensional (Querido, 2005).

As teorias psicodinâmicas afirmam que a origem da esperança ocorre no desenvolvimento precoce. A esperança é caracterizada como uma qualidade básica e estável do ego, relacionada com a personalidade e otimismo, é a virtude mais indispensável inerente ao estado de se ser vivo (Coulehan, 2011; Margão & Leal, 2002 as cited in Ramos, 2013).

A perspectiva cognitivo-comportamental da esperança é evidenciada pelo trabalho clássico de Stotland (1969), que se refere à esperança associada à teoria da motivação do comportamento, como a expectativa maior que zero de atingir um objetivo. Esta produz um comportamento com vista à concretização de um dado objetivo (Magão & Leal, 2002 as cited in Ramos, 2013). A teoria de Stotland é resultante de intervenções terapêuticas em doentes mentais hospitalizados, após uma epidemia de suicídio. No trabalho efetuado concluiu que, sem esperança, não era possível ao indivíduo atingir ou realizar objetivos, e que a esperança era necessária para que a terapia fosse eficaz (Fowler, 1995 as cited in Querido, 2005). Atualmente, no seguimento da teoria de Stotland e mais recentemente no modelo de Snyder (1991), a esperança é reconhecida como sendo uma forte estratégia de coping (Berg, Snyder, & Hamilton, 2008 as cited in Marques, 2014; Magão & Leal, 2002 as cited in Ramos, 2013).

Em meados de 1970, a investigação em torno do conceito de esperança tomou novo rumo, em grande parte devido aos desenvolvimentos na área do stress, coping e doença, surgindo uma nova área da psicologia, a psicologia positiva (Snyder & Lopez, 2009 as cited in Marques, 2014). Snyder constituiu-se um dos autores que mais se debruçou sobre o estudo deste conceito, elaborando uma teoria da esperança. Em resumo da sua teoria, Snyder (2002) define a esperança como uma variável psicológica que está relacionada com crenças, em que os indivíduos acreditam em resultados positivos e na capacidade de o indivíduo desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados (as cited in Martins & Mestre, 2014).

Já no âmbito da medicina, vários autores, tanto da medicina em geral, como em particular, na psiquiatria, caracterizavam a esperança como um fator determinante para a recuperação do doente (Weingarten, 2010 as cited in Ramos, 2013). Schneiderman (2005) afirma que, na ótica dos médicos, a fé e o pensamento positivo, aliados à esperança, podem contribuir num aumento de qualidade de vida das pessoas com doenças graves, se bem que, não consigam explicar cientificamente porquê que isso ocorre. Ela representa uma variável importante na eficácia terapêutica (Snyder, Michael & Cheavens, 1999; Ward & Wampler, 2010 as cited in Marques, 2014) e, quando promovida no início do tratamento, pode fortalecer e levar a pessoa a acreditar que é possível um futuro melhor (Hanna, 2002 as cited in Marques, 2014).

Na perspectiva da enfermagem, múltiplas referências são encontradas relativas à esperança e ao seu processo. Cada vez mais, um crescente corpo de investigação sobre a esperança tem vindo a emergir no campo da saúde. Mais recentemente, os investigadores

procuram estudar o constructo esperança em diversos contextos de doença, inclusive na pessoa com doença aguda, crónica e/ou terminal (Margão & Leal, 2002 as cited in Marques, 2014). A investigação encontra-se, essencialmente, direcionada para a relação com a cura, para a aquisição de estratégias de coping, para a definição de objetivos e para a descoberta de sentido no sofrimento e na doença (Marques, 2014).

De acordo com Barbosa (2010), a esperança compreende uma fonte de energia física e psicossocial de busca de sentido, edificada como uma força que suporta os obstáculos e desafios e faz com que o doente tenha motivos porquê, e para quê viver (Miller, 2007).

Moore (2005) reconhece a esperança como uma força interior, que embora não se possa tocar ou ver, tem o poder de nos suportar nas ocasiões mais difíceis da vida (as cited in Marques, 2014). É, portanto, uma estratégia de adaptação importante, que influencia a forma como o doente se capacita, aceita e resiste à situação de crise vivida (Cavaco et al., 2010). Segundo Ong, Edwards e Bergeman (2006) a esperança opera como fator de proteção, pois associa-se com inferiores índices de emoções negativas, assim como também se correlaciona com respostas mais efetivas de recuperação e adaptação ao fator stressor, neste caso a doença. Quando comparados indivíduos com díspares níveis de esperança, aqueles com níveis mais elevados apresentaram menor reatividade ao fator stressor e maior capacidade de recuperação física e emocional (Ong, Edwards e Bergeman, 2006 as cited in Vera, 2012). A atitude otimista inerente a indivíduos esperançosos desempenha um papel fundamental no enfrentamento bem-sucedido de uma doença médica e de seu prognóstico, bem como na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (Snyder et al., 2003 as cited in Duggal, SacksZimmerman, & Liberta, 2016).

No que concerne à esperança em doentes internados nas UMDR's existe referência a apenas um estudo recente, de Andrade et al. (2017). Este estudo pretendeu avaliar níveis de esperança em doentes internados numa UCCI e concluiu que a esperança se traduz num sentimento individualizado e subjetivo. Concluindo também que é vivida de forma única e pessoal, distribuindo-se num continuum que vai desde a esperança reduzida, esperança moderada, à esperança elevada.

Vários estudos são direcionados para os doentes paliativos, uma vez que quando a cura não é possível, a esperança assume uma grande importância na forma como as pessoas doentes vivem o período de fim da vida. Infelizmente, não existe um número de camas suficiente nesta tipologia e face às reais necessidades torna-se inevitável o ingresso de doentes com doença

incurável e/ou grave com prognóstico limitado nas UMDR e ULDM. Neste sentido, acha-se primordial destacar três estudos a nível nacional, realizados sobre a esperança, mas na área de cuidados paliativos.

Pinto (2011) desenvolveu um estudo sobre a espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica, onde reforçou a ideia que a esperança atua como um importante mecanismo de coping, auxiliando a pessoa a lidar com a incerteza do futuro e com a dor do momento. A autora refere que os profissionais de saúde poderão ser uma peça fundamental na promoção da esperança, podendo ajudar a pessoa a melhorar as crenças que tem nas suas capacidades. Existem diversas intervenções que se podem revelar muito úteis, nomeadamente: evitar esconder ou disfarçar a verdade, ajudar o doente a estabelecer objetivos realistas e a valorizar as conquistas obtidas, orientar a família na promoção de fatores encorajantes.

Ramos (2013), desenvolveu um estudo na área da esperança e do sofrimento no doente oncológico, com o intuito de conhecer o nível de esperança e sofrimento e analisar a relação entre eles, quando vivem a experiência de quimioterapia. A autora apurou que quanto maior a esperança menor o sofrimento experienciado, deste modo, a esperança constitui uma componente essencial do cuidar, com comprovado poder terapêutico, que promove o alívio do sofrimento e incertezas do futuro de uma forma mais eficaz. Assim sendo, constata-se que a esperança é um indicador psicológico de grande importância e que deve ser tido em consideração na promoção da qualidade de vida dos doentes.

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

A nível da literatura internacional têm sido realizados diversos estudos na área da esperança.

Rustoen, Howie, Eidsmo & Moum (2005) desenvolveram um estudo em que pretendiam comparar a experiência de esperança entre doentes internados com patologia cardíaca e a população em geral. Os resultados mostraram que os níveis de esperança são mais elevados em doentes com patologia cardíaca do que na amostra da população em geral. O estudo serviu para ressaltar que os profissionais de saúde deverão realizar intervenções, direcionadas para o

reconhecimento do significado de esperança e aumentá-la no cuidado com as pessoas. Noutro estudo também direcionado para o contexto da saúde, os mesmos autores avaliaram o efeito da intervenção na esperança e na qualidade de vida em pacientes oncológicos e verificaram que a esperança trabalha como uma estratégia de coping e um fator importante no aumento da qualidade de vida (Rustoen et.al, 1998).

Snyder, Lehman, Kluck e Monsson (2006) utilizaram a teoria da esperança de Snyder para compreender os objetivos da reabilitação e projetar intervenções eficazes. Através dos resultados, concluíram que a esperança mais elevada se correlacionou com um melhor funcionamento físico e mental. Por isso, a construção da esperança pode ser útil na promoção de processos de reabilitação adaptativos, que motivem o doente na sua recuperação (Sydner, Lehman, Kluck, & Monsson, 2006).

Kortte e seus colaboradores evidenciaram a existência de uma ligação entre esperança e maior satisfação com a vida durante o período inicial de reabilitação aguda referente a uma lesão na medula espinal (Kortte, Gilbert, Gorman, & Wegener, 2010). Noutro estudo também realizado por Kortte e outros colaboradores, com 174 adultos que sofreram acidente vascular cerebral, amputação ou recuperação de cirurgia ortopédica (patologias comuns numa UMDR), perceberam que as intervenções destinadas a aumentar a esperança dos indivíduos podem ser úteis para aumentar a participação em melhores resultados após uma reabilitação (Kortte, Stevenson, Hosey, Castillo, & Wegener, 2012).

A maior parte dos estudos acerca da esperança, realizados nos últimos 30 anos, partilham a conjectura de que esta é positiva. De facto, pela análise de diversos artigos verificou-se que na generalidade partiam do pressuposto que a esperança era benéfica para a saúde das pessoas (Benzein & Berg, 2005; Cohen & Ley, 2000; Curtis et al., 2008; Dickerson et al., 2006; Ebright & Lyon, 2002; Gibson, 1999; Kylmä et al., 2001; Leydon et al., 2000; Reb, 2007; Rustoen et al., 2005; Vitale & Genge, 2007 as cited in Cavaco et al., 2010).

A esperança é o ponto central do planeamento dos cuidados uma vez que contribui para o processo de lidar com situações de crise, para a manutenção da qualidade de vida (Reynolds, 2008) e para o estabelecimento de objetivos (Boell, Ferreira, Gonçalves, Guanilo, Mayer, & Silva, 2018; Davison & Simpson, 2006 as cited in Cavaco, 2010). A esperança é também promotora da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida (Boell et al., 2018; Mattioli et al., 2008 as cited in Cavaco, 2010; Pipe et al., 2008), evitando o desespero (Boell et al., 2018; Giske & Artinian, 2007 as cited in Cavaco, 2010) sendo, por conseguinte, vista como uma plausível

saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto (Boell et al., 2018; Lohne & Severinsson, 2004 as cited in Cavaco, 2010).

Por último, a esperança proporciona energia e tem influência positiva no processo de recuperação dos doentes (Boell et al., 2018; Lohne & Severinsson, 2004 as cited in Cavaco, 2010), diminuindo a dor psicológica e o sofrimento (Boell et al., 2018; Buckley & Herth, 2004 as cited in Cavaco, 2010).

Manter a esperança face à doença crónica é um processo contínuo e fundamental, uma vez que é um recurso importante no processo de enfrentamento desta condição. Outro conceito que pode estar vinculado à situação vivenciada por pessoas que se encontram nesta condição é a resiliência.

## **RESILIÊNCIA**

Há quatro décadas, o conceito de resiliência foi introduzido nas ciências sociais e ainda é considerado novo.

Entre as várias áreas que aplicam este conceito à sua prática, as Ciências Humanas, em especial a Psicologia, também o adotaram e têm vindo a estudá-lo ao longo dos anos, cada vez com mais ênfase e profundidade. Para a Psicologia, a resiliência corresponde à capacidade de empregar as estratégias de enfrentamento (coping) nas dificuldades encontradas pelos indivíduos nos seus campos de atuação. A resiliência permite ao indivíduo recuperar-se de situações adversas, utilizando os recursos que tem disponíveis e readaptando-se de forma positiva (Manzano-García & Ayala Calvo, 2013).

A sua multidimensionalidade estrutura-se a partir da dinâmica e complexidade dos fatores que integram o conceito, dos quais se destacam: comportamentos, pensamentos, sentimentos e ações, que podem ser adquiridos ao longo do tempo em resposta a eventos traumáticos (White, Driver & Warren, 2008 as cited in Almeida, 2016), favorecendo perspetivas de superação.

Porém, em inúmeras pesquisas e práticas, houve um debate considerável sobre a definição e operacionalização da resiliência, em que poderia ser explicada segundo três orientações: a resiliência como um traço, como um processo, ou como um resultado (Fletcher & Sarkar, 2013 as cited in Regalado, 2016). A resiliência vista como um traço do indivíduo, é

algo permanente e estável (Bowlby, 1969; Connor & Davidson, 2003; Southwick et al., 2014 as cited in Regalado, 2016), enquanto definida como um resultado do stress e trauma, é compreendida como algo positivo face à adversidade. Por último, a resiliência encarada como um processo, este é dinâmico e varia ao longo do tempo e conforme o contexto, que medeia a resposta ao stress e ao trauma (Masten, 2014; Taboada, Legal, & Machado, 2006 as cited in Regalado, 2016), comum a todos os indivíduos, e que envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidas e desenvolvidas (Herrman et al., 2011; Rutter, 2006 as cited in Regalado, 2016). Atualmente, sabe-se que a resiliência não é uma característica individual ou traço de personalidade, mas que se apresenta sob a forma de um conjunto de processos psicológicos, ou seja, a resiliência não é uma característica fixa podendo aparecer e desaparecer em diferentes momentos da vida do indivíduo (Ralha-Simões, 2017).

Ainda que existam definições de resiliência díspares, existe o fator comum: estar presente uma situação adversa e dar uma resposta adaptativa à situação (Fletcher & Sarkar, 2013; Rutter, 2012 as cited in Regalado, 2016). O conceito de resiliência mais aceite junto da comunidade científica, consiste na capacidade de um indivíduo para ultrapassar com sucesso obstáculos aparentemente intransponíveis (Masten et al., 1990; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1985; Todis et al., 2001 as cited in Almeida, 2016), situação com a qual as pessoas internadas numa UCCI, doentes, lidam constantemente (Rutter, 1987 as cited in Boell et al., 2018).

Deste modo, espera-se que pessoas mais resilientes tenham maior acesso aos fatores de proteção, e que consigam neutralizar os fatores de risco (Vera, 2012). Os fatores de risco ampliam a probabilidade de uma inadequada adaptação do indivíduo, por exemplo sintomas depressivos e ansiedade (Lee et al., 2013; Monteiro, & Mourão, 2016 as cited in Regalado, 2016). Por outro lado, os fatores protetores possibilitam uma melhor adaptação, ou até mesmo permitem a superação de experiências stressantes e traumáticas sem desenvolver algum tipo de psicopatologia (Hjemdal et al. 2006 as cited in Regalado, 2016). O equilíbrio destes dois fatores, os de risco e os protetores, proporcionam a manutenção da capacidade de resiliência, na medida em que não existe resiliência sem que exista uma relação recíproca entre os fatores de proteção e os fatores de risco (Rutter, 2013 as cited in Corveleyn et al., 2017).

O indivíduo apresenta resiliência quando é capaz de reconhecer o seu sofrimento psicológico, entender o seu sentido e tolerá-lo até à resolução construtiva dos conflitos (Flach, 1991), auxiliando-se das suas características pessoais para prosperar perante a adversidade (Connor & Davidson, 2003). A capacidade de suportar a dor, ultrapassar obstáculos,

administrar conflitos e adaptar-se a mudanças a nível físico e/ou psicossociais, demonstram a importância das características de resiliência enquanto fenómeno psicoadaptativo (Cury, 2008 as cited in Adrião, 2013), que possibilitam ao indivíduo ser bem-sucedido e desenvolver-se positivamente, independentemente do stress e/ou adversidade (Anaut, 2005 as cited in Adrião, 2013).

Bianchini e Dell’Aglío (2006) afirmam que os indivíduos passam por diversas adversidades, onde se torna necessário empregar a resiliência. Porém, asseguram que a principal é a situação de doença (as cited in Lopes, 2014). A resiliência, neste contexto, consiste na capacidade de um indivíduo lidar com a doença, aceitando suas limitações, cooperando na adesão ao tratamento e readaptando-se de forma positiva.

Se o diagnóstico for de doença crónica, como é o caso da maioria dos utentes internados em UCCI, os repetidos internamentos e o estigma de doente incurável podem agravar ainda mais o quadro do indivíduo. Pesce e cols. (2005) salientam que doentes que se encontram expostos à enfermidade crónica podem apresentar efeitos negativos no desenvolvimento, como implicações emocionais posteriores (as cited in Bianchini, Itajaí, & Aglio, 2006).

Em todo este processo, não é apenas as características pessoais dos doentes, que muitas vezes podem determinar processos de resiliência frente à hospitalização, a que se deve dar atenção e relevância. Note-se a importância de existirem algumas estratégias utilizadas dentro da instituição para facilitar o desencadeamento de tais processos. O estabelecimento de boas relações médico-utente, a humanização no atendimento, o fornecimento de informações claras e compreensíveis aos utentes, dentro de um programa interdisciplinar, são algumas delas. Segundo Romano (1999), conhecer a sua verdadeira condição, facilita ao doente dissipar o seu medo, fortalecendo sentimentos de cooperação, confiança e esperança, ou seja, fatores protetores à saúde humana (as cited in Bianchini, Itajaí, & Aglio, 2006).

Deste modo, torna-se essencial ser-se resiliente ou tentar desenvolver a resiliência quando esta não está presente (Marques, 2012 as cited in Lopes, 2014). Porém, é de salientar que não se deve apenas focar se o indivíduo é resiliente ou não. Suas características resilientes ou não resilientes estão também relacionadas ao ambiente que o cerca, e rotular cada pessoa pode causar maiores preconceitos e limitações em intervenções terapêuticas.

Em 2003, Silva e seus colaboradores afirmavam a resiliência como um conceito que prioriza o potencial dos seres humanos para produzir saúde, ao contrário de se ocupar apenas das patologias e disfunções. A resiliência representa uma possibilidade de ampliar a

compreensão do processo saúde-doença e um dos possíveis caminhos para que os profissionais consigam trabalhar, de forma prioritária com a saúde, deslocando o foco na negatividade da doença para as potencialidades das pessoas. Estas potencialidades irão possibilitar que sejam gerados os meios para que possam se desenvolver como pessoas capazes de enfrentar de forma positiva os desafios do cotidiano, apesar da presença dos fatores de risco (Silva et al., 2003).

Num quadro de adversidade significativa, como o processo de doença, a adaptação positiva mostra-se como uma necessidade dos indivíduos (Anaut, 2005 as cited in Adrião, 2013), que através da aquisição ou desenvolvimento de estratégias de resiliência veicula o bem-estar, possibilitando o desenvolvimento normal, a adaptação aos diversos contextos e a transposição das circunstâncias difíceis (Adrião, 2013).

Ressaltam-se três estudos sobre resiliência com doentes desafiados por doença crónica (Johnson-Wright, Zautra, & Going, 2008; Ramírez-Maestre, Esteve, & López, 2012; Smith & Zautra, 2008). Cada um destes estudos analisaram se a resiliência contribuía para um melhor resultado de saúde, independentemente dos fatores de risco em doentes com doenças crónicas. Embora cada estudo se baseasse em diferentes resultados de saúde, cada um encontrou evidências de melhorias na saúde correlacionadas positivamente à resiliência.

O estudo de Smith e Zautra (2008) de doentes com artrite reumatoide identificaram um fator de resiliência composto por medidas de enfrentamento ativo, aceitação, reinterpretação e crescimento positivos, propósito na vida e otimismo. Os participantes com alta resiliência relataram mais eventos interpessoais positivos todos os dias, emoções mais positivas e maior responsividade aos eventos interpessoais positivos.

Johnson-Wright, Zautra, & Going (2008) examinaram os fatores de risco psicológico (e.g depressão e neuroticismo) e a resiliência para ajudar a determinar a contribuição da resiliência no ajuste à doença. Os resultados sugeriram que doentes com osteoartrite de joelho (doença crónica) com maior resiliência apresentavam níveis mais altos de autoeficácia na artrite e, por sua vez, diminuía a dor e melhoravam o funcionamento. Estes resultados fornecem informações importantes para os clínicos nas linhas da frente, uma vez que estes fatores devem ser considerados na determinação da eficácia das intervenções.

Ramírez-Maestre, Esteve e López (2012) estudaram 299 doentes com dor crónica na coluna vertebral e evidenciaram que níveis mais altos de resiliência estavam associados a níveis mais altos de aceitação da dor e estratégias ativas de enfrentamento (Ramírez-Maestre, Esteve, & López, 2012).

Também outros estudos clínicos realizados com amostras de pessoas com dor crónica constataram que a alta resiliência estava associada a melhor qualidade de vida e menor intensidade da dor (Ankawi et al., 2017; Arewasikporn et al., 2018; Esteve et al., 2018; Hemington et al., 2017; Ramírez-Maestre et al., 2019; Sturgeon & Zautra, 2016). De acordo com estas investigações, a resiliência emergiu como um recurso pessoal que aumenta a capacidade dos doentes de gerenciar efetivamente a dor. Logo, apesar de ter dor crónica, um indivíduo resiliente poderá experimentar emoções positivas e manter um nível mais alto de funcionamento. Doentes com estas características positivas podem utilizar estratégias de enfrentamento mais eficazes, ter um melhor ajuste de metas, demonstrar maiores níveis de flexibilidade e aceitação entre as situações e manter um nível de funcionamento adequado.

Em 2016, foi realizado um estudo sistemático da literatura sobre resiliência em doentes com doenças crónicas, em que ao averiguarem inúmeros estudos verificaram que a resiliência oferece aos doentes uma maneira saudável de conviver com a doença, permitindo que eles se adaptem a mudanças na vida, que podem resultar de doenças, e ajudando-os a participar mais eficientemente nos seus tratamentos e programas de gestão (Gheshlagh et al., 2016). Doentes com alta resiliência aceitam as limitações relacionadas à doença e desenvolvem sua atitude positiva (Faria, Revoredo, Vilar, & Chaves, 2014).

Como indicadores de resiliência, as crenças individuais e a espiritualidade são variáveis que se mostram relevantes (Adrião, 2013). Segundo Lawler e Younger, a ligação dos indivíduos à religião e à sua espiritualidade podem desencadear um aumento do sentido de propósito, bem como do significado da vida, sendo associados a maior resiliência e resistência ao stress, relacionado às doenças (as cited in Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Diversas investigações salientaram a manutenção da religião/espiritualidade como fator de proteção da saúde, prevenindo a recaída (Miller & Thoresen, 2003) e acelerando a remissão (Miller & Thoresen, 2003; Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Desta forma, existem vários estudos (e.g. Ano & Vasconcelles, 2005; Chequini, 2009; Coughlin, 2008; Taranu, 2011 as cited in Ashmawi et al., 2016; Gordon et al., 2011) que comprovam que as crenças e práticas espirituais constituem uma fonte de reabilitação e resiliência. Por exemplo, Gordon et al. (2011) entrevistaram 40 mulheres, com idades entre 28 e 79 anos com doenças crónicas, sobre o papel das crenças religiosas em suas experiências e as maneiras pelas quais elas deram sentido às suas vidas ou lidaram com suas doenças. A maioria das mulheres relataram que as crenças religiosas eram importantes para viver com uma doença crónica (Gordon, Feldman, Crose, Schoen, Griffing, & Shankar, 2011). Em suma, a espiritualidade aparece como um fator associado à

resiliência, à melhoria da qualidade de vida e à adaptação positiva à enfermidade (Coughlin, 2008 as cited in Ashmawi et al., 2016; Lemos, 2019).

Considera-se que a resiliência não trabalha na cura da doença, mas na forma como se maneja a doença e o respetivo tratamento ao longo do processo, sempre com foco em proporcionar a melhor qualidade de vida.

## **QUALIDADE DE VIDA**

Ao longo das últimas décadas, o conceito qualidade de vida tem vindo a assumir um lugar central na investigação científica. Estudado por diversas disciplinas, este conceito tem assumido a multidimensionalidade entre os vários campos do saber. A proliferação de considerações em torno do conceito originou várias definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas, no qual o aprofundamento e a clarificação do conceito (QdV), não foi esclarecido na sua totalidade (Canavarro, 2010 as cited in Pinheiro, 2016).

O WHOQOL Group (1995), grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, argumentam que a QdV consiste na *“perceção que a pessoa tem da sua posição na vida, na sua cultura, nos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. (WHOQOL Group, 1995, p. 8 as cited in Abrantes, 2018). De acordo com este grupo, embora não haja uma definição consensual, há concordância em relação às três principais características do constructo: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Paschoal, 2006 as cited in Abrantes, 2018).

Apesar de influenciado pelas condições do meio, de vida e do trabalho, o constructo é cada vez mais reconhecido como subjetivo. A multidimensionalidade engloba pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social, porém de acordo com do WHOQOL (1995) o conceito de QdV é baseado em seis domínios: domínio físico (centra-se no conceito que o indivíduo tem da sua condição física), domínio psicológico (sentimentos positivos, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos), nível de independência (mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho), relações sociais, meio-ambiente (segurança física e proteção, ambiente no domicílio, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais) e domínio da espiritualidade / religião /

crenças pessoais (as cited in Domingues, 2016). Silva (2014), também defende que a qualidade de vida é um fator multidimensional que num plano teórico engloba todos os aspetos da vida de uma pessoa (as cited in Domingues, 2016). A bipolaridade tem as dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições tão distintas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor, a fadiga e a dependência (Paschoal, 2006 as cited in Abrantes, 2018).

Paschoal refere ainda que duas outras características podem ser adicionadas, a complexidade e a mutabilidade (Paschoal, 2006 as cited in Abrantes, 2018). Sendo o conceito multidimensional, bipolar e subjetivo, torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação de QdV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural, o que aumenta a dificuldade de avaliação (Pinheiro, 2016).

Na perspetiva de outro autor, a QdV é um conceito ambíguo e complexo, que varia de cultura para cultura, de sujeito para sujeito e depende de um culminar de fatores. A QdV está ligada à perceção que cada sujeito tem de si próprio e dos outros, e do seu meio envolvente, determinado por diferentes juízos ou critérios como a educação, a formação de base, a atividade profissional, as aptidões adquiridas, a resiliência pessoal, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008 as cited in Pinheiro, 2016).

A QdV, pode ser compreendida como um aglomerado de significações, estados como o bem-estar físico, mental, psicológico-emocional, social (família, amigos, saúde, educação, etc), a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente envolvente (Leal, 2008; Pires, 1998; Silva, 2011 as cited in Pinheiro, 2016).

Pimentel (2006) refere que a visão de QdV passa pela promoção e prevenção da saúde (as cited in Domingues, 2016). As pesquisas em torno da QdV e a introdução deste conceito na área da saúde cresceu a partir dos anos 70 do século XX e “*deveu-se à mudança do modelo de abordagem das questões de saúde, em que se passou da ênfase da biomédica para a ênfase holística, biopsicossocial*” (Paúl, 2005, p.77 as cited in Abrantes, 2018). Ao compreender o homem como um ser biopsicossocial e espiritual, não sendo este último necessariamente religioso, sabe-se que a QdV tem de ser avaliada e entendida na sua vertente multidimensional, abarcando outras variáveis para além do conceito de saúde (Ribeiro, 2005 as cited in Morreira, 2011).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) pode ser descrita como o valor atribuído à vida quando esta é modificada pela perceção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades afetadas pela doença e tratamentos. Tornou-se o indicador principal na avaliação do resultado dos vários tipos de intervenções (Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Serra, 2010 as cited in Abrantes, 2018).

A saúde de cada indivíduo constitui-se como um fator decisivo para a obtenção da QdV no geral. Feliz (2012) alega que a QdV se aplica ao estudo da saúde, principalmente nas situações em que ocorrem transformações nas condições físicas dos indivíduos (e.g tratamentos oncológicos, cirurgias e reabilitação após acidente vascular cerebral, entre outras), sendo relevante para a medição dos resultados em saúde (Feliz, 2012 as cited in Abrantes, 2018).

O interesse na avaliação deste constructo em Portugal principiou-se pela psicologia no final dos anos 80, sendo também neste período que emergiu a sua aplicação em contexto de doença (Ribeiro, 2006 as cited in Morreira, 2011).

Um dos fatores que impele estudos sobre qualidade de vida é o crescente nível de exigência dos consumidores dos serviços de saúde, com doenças agudas ou crónicas. São raras as doenças que não perturbam o bem-estar das pessoas, algumas, em parte, prejudicam o bom funcionamento da pessoa nas atividades diárias e no desempenho de papéis sociais (Katschnig, 2006; Serra, 2010 as cited in Abrantes, 2018). A doença é uma experiência vivida, uma realidade do próprio indivíduo. A perceção de cada indivíduo depende de variáveis psicológicas e sociais que definem as particularidades individuais de resposta à doença (Martins, 2002; Price, 1996 as cited in Pinheiro, 2016).

Pereira et al. (2011), no seu estudo menciona que a qualidade de vida tem uma direta relação com a capacidade e modo como cada pessoa enfrenta e luta contra as adversidades que vão surgindo ao longo da vida, nomeadamente processos de doença e morte. Estes autores defendem ainda que para além do grande impacto que as alterações físicas, emocionais, sociais e psicológicas, sentidas no imediato têm no indivíduo e sua família, a iminente situação de dependência funcional e o medo e incertezas do futuro causam um sofrimento psicológico assolador. Este sofrimento causa um enorme impacto e pode interferir de forma negativa no quotidiano da pessoa doente, e conseqüentemente no seu processo de reabilitação, bem como poderá colocar em risco a manutenção da qualidade de vida deste e de todos os seus envolventes. (Canavarro et al., 2010; Paredes et al., 2008; Soares et al., 2013 as cited in Domingues, 2016).

Atualmente, um dos grandes desafios patente na nossa sociedade são as doenças crónicas e incapacitantes, que se tornaram mais comuns do que as doenças agudas (Lundkvist, 2005; Tristão 2012 as cited in Pinheiro, 2016). A grande realidade de hoje consiste no crescimento da esperança média de vida, assim como a sobrevivência daqueles com doenças crónicas (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2019).

A avaliação da QdV dos doentes, em particular dos doentes crónicos, não é uma preocupação recente, visto que as doenças crónicas não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por serem doenças sem cura ou de duração muito prolongada, que têm de ser geridas ao invés de ser curadas. Este processo crónico acarreta um processo complexo de adaptação, trazendo consigo um leque de alterações que subitamente podem desafiar a visão que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e do mundo (Canavarro et al., 2010; Farias, 2011 as cited in Domingues, 2016).

Segundo um estudo realizado, à semelhança deste, no concelho de Viseu, sobre qualidade de vida e portadores de doença crónica a receberem tratamento primário, confirmaram que as doenças crónicas afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes portugueses (Preto et al., 2016).

Pinheiro (2016) e Abrantes (2018), estudaram a QdV dos utentes em UCCI e também verificaram que os doentes apresentavam valores baixos a moderados de QdV.

A estimativa do impacto das doenças crónicas na QdV é necessária para um melhor planeamento de estratégias de intervenção para executar ações efetivas e consequentemente melhorar a QdV aos usuários dos serviços de saúde. O estudo de fatores que se possam mostrar associados a uma boa QdV em doenças crónicas são fulcrais para serem usados no desenho de programas de intervenção, como por exemplo a esperança e a resiliência.

A esperança é descrita por vários autores como um fenómeno universal, essencial para a qualidade de vida (Parse, 1999; Pipe et al. 2008; Pires, 2006; Reynolds, 2008). Por exemplo, Pipe et al. (2008) percecionou uma correlação positiva e significativa entre a esperança e a qualidade de vida em doentes em recuperação de uma alteração de saúde grave não especificada.

Enfrentar a doença crónica e adaptar-se a novos hábitos de vida requer esforço, dedicação e superação da situação. Assim, a resiliência também se tem mostrado como um conceito que pode contribuir para o controlo da doença crónica e por sua vez, para a manutenção de uma boa

QdV (Denisco, 2011; Nawaz, Malik, & Batool, 2014; Newton-John, Mason, & Hunter, 2014; Slomka, 2011 as cited in Boell, Silva, & Hegadoren, 2016).

De um modo geral, a bibliografia sustenta que os conteúdos conceituais e metodológicos da esperança e da resiliência perspetivam um posicionamento equitativo e futurista de potenciar o bem-estar e a QdV do ser humano (Ashmawi et al., 2016), embora os estudos sobre constructos preditores de QdV sejam limitados.

Atualmente existem numerosas evidências empíricas que relacionam a espiritualidade, à saúde física e mental, à QdV e a outros constructos relacionados com o bem-estar. Esta relação é salientada ao longo dos anos por diversos autores, pela influência que a religião/espiritualidade têm nestes constructos e em particular na QdV das pessoas (George et al., 2000; Koenig et al., 1998; Koenig et al., 2001; McIntosh & Spilka 1990; Pargament et al., 2001; Siegel et al., 2001; Tepper et al., 2001 as cited in Moreira, 2011; Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

A religião/espiritualidade é uma dimensão reconhecida como importante para a saúde evidenciando uma relação com a doença. A espiritualidade vista como coping religioso é uma boa estratégia de redução do stress e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Fornazari & Ferreira, 2010 as cited in Adrião, 2013). Nesta dimensão os indivíduos podem encontrar um equilíbrio de adaptação e superação da doença, dado que afeta o modo como cada pessoa vive a sua vida, podendo diminuir os fatores de risco negativos, e gerar fatores protetores de saúde e bem-estar. Também Pargament et. al (2003) averiguaram que o coping religioso demonstrou uma correspondência positiva e com influência ao nível da QdV (Pargament et. al, 2003 as cited in Morreira, 2011).

Mashhadi (2018) ao investigar o papel mediador da espiritualidade na relação entre resiliência e qualidade de vida em doentes com uma doença crónica, os diabetes tipo 2, percebeu que a resiliência e a espiritualidade são bons preditores de qualidade de vida. Os resultados mostraram que existem relações causais positivas e significativas entre resiliência, espiritualidade e qualidade de vida, e o papel de mediador da espiritualidade na relação entre resiliência e qualidade de vida foi confirmado (Mashhadi, 2018).

A espiritualidade teve uma associação positiva direta com a esperança que, sucessivamente, teve um vínculo positivo com a resiliência (Mashhadi, 2018).

## **RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA**

As doenças crônicas são atualmente um grande problema de saúde, devido à sua abrangência e repercussões, principalmente a redução da qualidade de vida (INSA, 2019).

Perante uma doença de longa duração (doença crônica), verifica-se a necessidade de adaptação aos efeitos prolongados da doença. Muitas vezes a pessoa não é capaz de integrar as novas mudanças de estilo de vida e de aderir aos métodos terapêuticos, resultando daí riscos para a sua saúde, efeitos negativos sobre a sua qualidade de vida e bem-estar (Faria, Revoredo, Vilar, & Chaves, 2014).

Para maximizar os potenciais da pessoa doente é necessário ir muito mais além dos cuidados de saúde tradicionais. Um sistema de saúde que se centra unicamente no objetivo de cura ostenta uma lacuna nos recursos disponíveis para a população em questão (Gonçalves, 2008 as cited in Gheshlagh et al., 2016). Assim sendo, é imprescindível o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde que acionem estratégias e intervenções que visem as vertentes emocional e social e beneficiem a satisfação das necessidades crescentes, promovendo a tão fundamental descentralização da doença do indivíduo (Gheshlagh et al., 2016).

Pesquisas no campo da saúde demonstraram que os mecanismos de resiliência e esperança têm impacto positivo nos comportamentos de saúde e nos indicadores de saúde (Stephoe, Dockray & Wardle, 2009 as cited in Corveleyn et al., 2017), sendo promotores de saúde, bem-estar e qualidade de vida (Deep & Pereira, 2012 as cited in Pinheiro, 2016; Pesce et al., 2005 as cited in Bianchini, Itajaí, & Aglio, 2006). Nessa perspetiva surge a esperança e a resiliência como conceitos aplicáveis para o entendimento do processo de adoecimento e recuperação, contudo estudos nesta temática são bastante escassos (Andrade et al. 2017; Ashmawi et al., 2016; Boell et al, 2018; Cavaco 2010; Corveleyn et al., 2017; Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016; Gheshlagh et al., 2016).

Apesar da escassez de estudos nesta área, com base nos referenciais teóricos de esperança, resiliência e qualidade de vida, apresentam-se de seguida as interseções destes referenciais, tanto teóricas como práticas, em benefício da reabilitação de pessoas no processo de doença.

O valor terapêutico da esperança para a saúde, bem-estar, conforto e qualidade de vida tem sido demonstrado e está documentado na literatura (Carrick et al., 2008; Chi, 2007; Farran, Herth, & Popovich, 1995; Miller, 2007; Moore, 2005; Pipe et al., 2008; Wilson et al., 2010 as cited in Marques, 2014). Walsh (2007), reforça a ideia de que a esperança é um importante preditor de recuperação, descrevendo-a como uma perspectiva positiva para a qualidade de vida (as cited in Margaça & Rodrigues, 2019).

Sachse (2007) salienta a importância da esperança na saúde-QdV, uma vez que é um constructo que interfere com a nossa maneira de pensar e de agir e facilita o comportamento para conseguir um resultado ou um nível de conforto, produzindo impacto na nossa qualidade de vida (as cited in Ramos, 2013).

Outros autores alegam que a esperança é um fator importante no aumento da qualidade de vida, considerando-a uma estratégia de coping que influencia positivamente a saúde tanto a nível físico, psicológico e social (Berg, Snyder & Hamilton, 2008 as cited in Marques, 2014; Rustoen, Tone, Wiklund, Hanestad, & Moum, 1998). Já alguns autores assumem que há uma correlação e um potencial sinérgico entre a esperança, o sentido de vida, o bem-estar espiritual e a qualidade de vida em todos os seus domínios tanto para a população em geral, como em doenças internas crônicas, em doentes terminais e em suas famílias (Bailey, Eng, Frisch, & Snyder, 2007; Wroblewski & Snyder, 2005 as cited in Perveen, 2019). Vários estudos têm demonstrado a sua importância no aumento da capacidade para lidar com a situação (resiliência), na aquisição de estratégias de coping e na melhoria da qualidade de vida, tanto dos doentes como dos seus cuidadores (Herth, 1993; Kavradim, Ozer, & Bozcuk, 2013; Rustoen & Hanestad, 1998 as cited in Perveen, 2019).

A literatura também indica a importância da qualidade de vida sobre a resiliência (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Neste contexto de doença, a resiliência apresenta uma característica diferenciada que pode ser aplicada pela área da saúde, que é o caráter de enfrentamento e construção positiva frente à adversidade, proporcionando aos indivíduos a possibilidade de uma vida ativa e participativa (Noronha et al., 2009 as cited in Adrião, 2013). Barreira e Nakamura evidenciam que a resiliência juntamente com a crença na autoeficácia com maior ou menor motivação, estão associadas à manutenção de melhor qualidade de vida durante o processo de enfrentamento de situações adversas (Barreira & Nakamura, 2006 as cited in Vera, 2012).

Outro estudo recente pretendeu também verificar e comparar estes dois construtos no campo da saúde, resiliência e qualidade de vida. Segundo os resultados, pode-se verificar uma correlação direta entre os conceitos. Este resultado sugere a existência de uma tendência de uma melhor qualidade de vida no que tange os indivíduos que apresentam maiores características de resiliência. Giaretta, Viguera, Ruschel e Souza concluíram que existe associação com a capacidade (de resiliência) de o doente enfrentar o evento stressor – doença-, repercutindo, assim, na sua qualidade de vida (Giaretta, Viguera, Ruschel, & Souza, 2018).

Os resultados de alguns estudos mais antigos corroboram com o estudo exposto, a resiliência em pessoas com doenças clínicas está relacionada a fatores como adesão à saúde e qualidade de vida relacionada à saúde (Robottom et al. 2012; Santos et al., 2013 as cited in Gheshlagh et al., 2016). Em específico, nas doenças crônicas também a melhoria da qualidade de vida foi o mais importante resultado de resiliência relatado em doentes crônicos (Chan, Lai, & Wong, 2006; Farber et al., 2000; Schumacher et al., 2014 as cited in Perveen, 2019).

Yazdi-Ravandi refere que a resiliência é um fator preditivo de qualidade de vida. Como a qualidade de vida incorpora satisfação com a vida, a resiliência pode proporcionar aos pacientes uma perspectiva positiva e conseqüentemente satisfação com a vida, reforçando emoções positivas, reduzindo o stresse, aumentando sua resistência às dificuldades e resultados da doença (Yazdi-Ravandi et al., 2013).

Ashmawi, Silva, Soares, Solano e Vieira (2016) elaboraram um estudo piloto sobre resiliência e esperança em pacientes com cancro colorretal, que se encontravam internados numa unidade de cuidados paliativos, no qual constataram associação entre resiliência e esperança. Segundo estes autores, considerando uma associação entre resiliência e esperança, estas devem ser incorporadas nas intervenções de modo a perceber os seus efeitos na reabilitação. Porém, sendo tanto a esperança como a resiliência passíveis de mudanças ao longo do tempo, as intervenções devem ser sistematicamente testadas nas unidades de cuidados para avaliar certos resultados, como qualidade de vida. Depois de confirmado um efeito desejável, essas intervenções podem se tornar práticas comuns das unidades de cuidados e devem começar o mais rápido possível, tanto para doentes com cancro quanto para os restantes doentes, assistidos por equipas multidisciplinares das mesmas unidades de cuidados (Ashmawi et al., 2016).

Boell e seus colaboradores também testaram a relação entre resiliência e esperança em doentes crônicos, em tratamento hemodialítico. Os resultados indicaram uma correlação

positiva e significativa, ou seja, quanto maior o índice de esperança, mais resiliente é o indivíduo (Boell et al., 2018).

Num hospital, na China, foi realizado um estudo para avaliar a qualidade de vida, bem como os efeitos integrativos do apoio social, esperança e resiliência na qualidade de vida em doentes com cancro da bexiga (Li, Yang, Liu, & Wang, 2016). O resultado desse estudo indicou que o apoio social, a esperança e a resiliência foram fatores cruciais para a QdV. A esperança e resiliência, como um todo, estão positivamente relacionadas com a QdV. A implementação de esforços para aumentar o apoio social, a esperança e a resiliência mostra-se crucial para apoiar a qualidade de vida dos doentes crónicos, situação que demonstra a importância destes conceitos nas adversidades futuras do indivíduo (Li, Yang, Liu, & Wang, 2016).

No mesmo país, avaliaram 284 pessoas com carcinoma renal sobre a sua qualidade de vida e os efeitos integradores da esperança, resiliência e otimismo na qualidade de vida. Os resultados deste estudo indicaram que todas as variáveis possuem uma associação significativa com a qualidade de vida. Este estudo evidencia a importância das intervenções psicológicas para aumentar a esperança, resiliência e otimismo como sendo essenciais para melhorar a qualidade de vida de doentes crónicos (Liu et al., 2018).

Corveleyn, Hjemdal, Morote, Kryszynska e Uribe (2017) defendem que a esperança e a resiliência são ferramentas de apoio e fortalecimento para enfrentar as dificuldades do quotidiano, nomeadamente a condição de saúde do indivíduo. A resiliência e a esperança são fontes de força interior que contribuem para o desenvolvimento e para o bem-estar e QdV ao longo da vida, podendo também proteger contra o impacto de eventos negativos (Rand & Cheavens, 2009; Rutter, 2013 as cited in Corveleyn et al., 2017).

Noutro estudo descobriu-se que ambas as características, esperança e resiliência, influenciam positivamente a qualidade de vida e atuam como um amortecedor contra o impacto negativo dos stressores (Whu, 2011 as cited in Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016). Esperança e resiliência têm sido associadas a melhores resultados de saúde física, mental e QdV e menor sofrimento psíquico em adultos (Born, Nollen & Ahluwalia, 2005; Kylma & Nurs, 2005 as cited in Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016).

Embora os estudos destaquem relações positivas significativas entre resiliência, esperança e QdV em doenças crónicas, aqueles que avaliam o impacto da esperança e da resiliência como preditores de QdV são limitados. Além do mais, as relações entre esperança, resiliência e QdV não foram examinadas em populações internadas em UCCI. Evidenciar estas

variáveis, esperança e resiliência, em associação com a QdV poderá contribuir para uma melhor compreensão e atuação no processo de doença, de modo a contribuir para o cuidado em saúde, indicando estratégias para enfrentar a situação de doença crónica.

***CAPÍTULO II***  
***Metodología***

## **QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Avaliar a esperança e a resiliência pode auxiliar a prever resultados sobre o modo como as pessoas lidam com condições médicas significativas, o que pode ter implicações no fornecimento de suporte extra aos doentes para a sua qualidade de vida. Maior conhecimento e compreensão destas características e da sua relação com a estabilidade emocional e estratégias de enfrentamento podem ser integrados em serviços ou intervenções de apoio (por exemplo, aconselhamento psicológico), com vista a melhorar a QdV do doente.

No presente estudo, considerando a pouca evidência acerca da relação entre a esperança e a resiliência de pessoas internadas numa UCCI e sua qualidade de vida, procura-se responder à questão de investigação: qual o efeito da esperança e da resiliência na qualidade de vida de pessoas que se encontram internadas numa UCCI?

## **DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO**

Após a definição do problema de investigação surge a necessidade de delinear os objetivos da mesma.

O objetivo geral desta investigação consiste em avaliar o impacto da esperança e da resiliência na qualidade de vida de utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação. Deste modo advém os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico os participantes internados em contexto de cuidados continuados;
- Identificar níveis de esperança em indivíduos internados numa unidade de cuidados continuados;
- Identificar índices de resiliência em indivíduos internados numa unidade de cuidados continuados;
- Determinar os níveis de qualidade de vida em indivíduos internados em unidades de cuidados continuados;
- Identificar determinantes sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão exercida e crenças espirituais/religiosas) correlacionados com níveis de esperança, resiliência e qualidade de vida;

- Estudar e analisar as relações entre níveis de esperança, resiliência e qualidade de vida.

## **HIPÓTESES**

Face ao problema e objetivos acima apresentados definiram-se as seguintes hipóteses:

H1 – Indivíduos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de esperança e de resiliência.

H2 - Indivíduos sem parceiro/a apresentam níveis mais baixos de esperança e de resiliência.

H3- Indivíduos com mais idade apresentam níveis mais baixos de esperança e índices mais elevados de resiliência.

H4- Indivíduos com crenças espirituais/religiosas apresentam níveis mais elevados de esperança e de resiliência.

H5- Existe uma relação significativa entre a esperança e a qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados. Quanto maior a esperança, maior será a qualidade de vida.

H6 – Existe uma relação significativa entre a resiliência e a qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados. Quanto maior a resiliência, maior será a qualidade de vida.

H7 -A esperança e a resiliência são preditores de maior qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.

## **TIPO DE INVESTIGAÇÃO**

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, o presente estudo é de carácter descritivo e correlacional, uma vez que se pretende explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas mesmas relações. Os dados foram recolhidos numa Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação na região centro do país.

A metodologia de investigação utilizada foi quantitativa pois descreve e quantifica as variáveis em estudo.

## **VARIÁVEIS**

Tendo em conta o nosso objetivo em avaliar o efeito da esperança e resiliência na qualidade de vida dos utentes em contexto das UCCI, considerou-se várias variáveis independentes. Neste sentido, estas foram divididas em três grandes domínios: (1) variáveis sociodemográficas: a idade; o sexo (masculino e feminino); o estado civil (solteiro, casado/união de facto, separada/divorciado e viúvo); a escolaridade (Sem escolaridade; Sabe ler e escrever; 1º Ciclo de ensino básico; 2º Ciclo do ensino básico; 3º Ciclo do ensino básico; Ensino secundário; Ensino Tecnológico ou Superior); a profissão exercida; as crenças espirituais/religiosas (sem crenças e com crenças; qual a religião); (2) a esperança avaliada pela escala de esperança de Herth - versão portuguesa (HHI-PT) e (3) a resiliência avaliada pela Escala Resilience Mental Help (RMH22). A variável dependente é a qualidade de vida, avaliada pelo Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8).

## **PARTICIPANTES (PARTICIPANTES E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM)**

A amostra é constituída por 37 utentes que se encontram internados numa Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação, nomeadamente a Unidade de Cuidados Continuados ACREDITA, em Viseu. A Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação ACREDITA, onde decorreu o nosso estudo, surgiu em dezembro de 2015 como uma resposta aos desafios atuais do aumento das doenças crónicas e progressivas, como também ao aumento da esperança de vida. A UCCI-Acredita dispõe de 30 camas, 25 camas integradas na Rede Nacional e 5 em gestão privada.

O método de recolha de dados foi não probabilístico e o tipo de amostragem foi por conveniência. Considerou-se uma amostra de 37 indivíduos, com idades compreendidas entre os 35 anos e os 88 anos, resultante dos seguintes critérios de inclusão: estar internado na Unidade de Média Duração e Reabilitação ACREDITA; apresentar capacidade de resposta verbal e orientação autopsíquica e alopsíquica e aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o assunto. Do estudo ficaram excluídos todos os doentes da Unidade que não preenchiam os referidos requisitos.

## **INSTRUMENTOS**

### ***i) Questionário Sociodemográfico***

Com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo foi realizado este questionário sobre os dados sociodemográficos: idade, sexo (masculino e feminino), estado civil (solteiro, casado/união de facto, separada/divorciado e viúvo), escolaridade (Sem escolaridade; Sabe ler e escrever; 1º Ciclo de ensino básico; 2º Ciclo do ensino básico; 3º Ciclo do ensino básico; Ensino secundário; Ensino Tecnológico ou Superior) e profissão exercida e as crenças religiosas/ espirituais (sem crenças e com crenças; qual a religião).

Incluíram-se quatro questões de resposta fechada e três questões de resposta aberta.

### ***ii) Escala de esperança de Herth: versão portuguesa (HHI-PT)***

A Herth Hope Index-PT é um instrumento que avalia a esperança, especialmente desenvolvido para o contexto de final de vida e especificamente concebido para a utilização na prática clínica (Herth, 1992).

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

A análise fatorial para determinar a validade do construto originou 3 fatores que corresponderam aos fatores originalmente descritos para as sub-escalas da HHS:

Fator 1 – sentido interior de temporalidade e futuro, que consiste nos quatro itens previstos (1, 2, 6 e 11) para medir a dimensão cognitivo-temporal da esperança;

Fator 2 – disponibilidade interior positiva e expectativa, que consiste nos quatro itens previstos (4, 7, 10 e 12) para medir a dimensão afetivo-comportamental da esperança;

Fator 3 – interligação consigo próprio e com os outros, que consiste nos quatro itens previstos (3, 5, 8 e 9) para medir a dimensão aflitivo-contextual da esperança.

Há dois itens, o item número 3 e o item número 6 que apresentam pontuações invertidas.

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

O instrumento final, com 9 itens, apresenta uma boa consistência interna, Alpha de Cronbach de 0.87. No presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach igual a 0,89, ligeiramente superior ao obtido pelos autores da escala portuguesa, o que nos permite afirmar que se está perante um instrumento com boa consistência interna, que nos possibilita avaliar com rigor os índices de esperança.

### *iii) Escala de Resiliência - Resilience Mental Help (RMH 22)*

A RMH 22, Resilience Mental Help, foi elaborada por Margarida Pocinho e Hugo Vaz em 2015 para avaliar a resiliência na população clínica e não clínica (Vaz & Pocinho, 2016).

Primeiramente, esta escala era constituída por 20 itens, testada por 400 estudantes de ensino superior deslocados de suas casas para estudar, tendo obtido um alfa de Cronbach de 0,91. Quando foi testada em população clínica, demonstrou dificuldades na compreensão de alguns itens, o que levou à revisão da escala e alteração desta para 22 itens, revelando um alfa de Cronbach de 0,89 (Vaz & Pocinho, 2016).

A RMH 22 é direcionada para acontecimentos traumáticos, apresentando características psicométricas que ajudam a distinguir a capacidade de resistência às adversidades (resiliência).

As suas questões são direcionadas para serem respondidas com referência ao mês anterior, ou quando isso não é possível, a resposta deve ser determinada pela forma como a pessoa pensa que teria reagido ou irá reagir (Vaz & Pocinho, 2016).

A RMH-22 foi construída com base nos 7 domínios da resiliência: Administração das Emoções (AE), Controle dos Impulsos (CI), Atitudes positivas (AP), Análise do Ambiente (AA), Capacidade de Compreensão (CC), Autoeficácia (AE) e Vinculação (V) (Vaz & Pocinho, 2016).

Posteriormente, foi reagrupada em recursos externos e internos, associados à capacidade de resiliência: recursos internos (itens 1, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 21) e recursos externos (itens 2, 4, 5, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20 e 22) (Vaz & Pocinho, 2016).

Esta escala, foi criada para ser aplicada através de entrevista ou autorresposta e apresenta apenas duas opções de resposta (formato dicotómico). A pontuação da escala baseia-se na soma total de todos os itens, sendo cada um deles pontuados com 0 e 1 (atribui-se um ponto se o item significar que o sujeito tem controle sobre si e as situações, e zero se o sujeito não demonstra habilidade de se manter sereno diante de uma situação de stress). A pontuação total pode variar entre 0 e 22 pontos, sendo que uma pontuação  $\geq 18$  é indicativo de personalidade resiliente em todos os domínios (Vaz & Pocinho, 2016).

A escolha desta escala recaiu na existência de evidências que os resultados apresentam uma maior consistência na população clínica (Vaz & Pocinho, 2016). Neste sentido, e após a recolha de dados, procedeu-se à análise global da escala, efetuando o cálculo do Alpha de Cronbach, a fim de determinar a consistência interna do instrumento. Obteve-se um Alpha global de 0,82, o que nos permite afirmar estar perante um instrumento com boa consistência interna, portanto válido e fiável e que nos possibilita avaliar com segurança os índices de resiliência da nossa amostra.

#### *iv) Índice de Qualidade de Vida EurohisQol-8*

De forma a avaliar a QdV, recorreu-se ao instrumento EUROHIS-QOL-8, desenvolvido por Power (2003) e adaptado à versão portuguesa por Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011).

O instrumento Eurohis-Qol-8 trata-se de uma medida unidimensional de autoavaliação de qualidade de vida composta por oito itens, e desenvolvida a partir dos instrumentos de avaliação Whoqol-100 e Whoqol-Bref, com o objetivo de avaliar a saúde do indivíduo. Do ponto de vista conceitual, cada domínio do Whoqol-bref (físico, psicológico, relações pessoais e ambientais) encontra-se representado por dois itens no EURO-HISQOL-8. A resposta é fornecida através de uma escala de Likert de cinco pontos, variando entre Nada/Muito insatisfeito(a) e Completamente/Muito satisfeito(a), com uma janela de medida referente às duas últimas semanas. O resultado é um índice global, que varia entre 8 a 40 pontos, calculado a partir da soma dos oito itens, sendo que o valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção da QdV (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011).

As propriedades psicométricas deste instrumento adaptado à versão portuguesa são apropriadas, sendo a consistência interna boa, representada através de um alfa de Cronbach de 0.83 (Pereira et al., 2011). Pelas análises efetuadas, no presente estudo obteve-se um Alpha de Cronbach igual a 0,81, o que indica boa consistência interna, ou seja, permite-nos avaliar com segurança o índice de qualidade de vida da nossa amostra.

## **PROCEDIMENTOS ÉTICO LEGAIS**

A realização de um trabalho de investigação exige uma constante abordagem a questões éticas e morais que deverão ser tidas em conta ao longo de todo o processo de investigação. O comprometimento com um trabalho desta natureza implica uma responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral (Streubert & Carpenter, 2002 as cited in Fortin, 2003). De um modo mais específico e inerente a todo o processo de investigação é necessário assegurar consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade.

Para realização da presente investigação foi dirigida uma carta à instituição (pedidos de autorização) e posteriormente às pessoas que fizeram parte da amostra (anexo B e C). Caso estivessem de acordo em participar na mesma e preenchessem os critérios de seleção acima descritos, foi-lhes prestado os devidos esclarecimentos e ficou sublinhada a confidencialidade e o anonimato dos dados fornecidos, segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana (OPP, 2011). Além disso, assegurou-se que todas as entrevistas foram efetuadas num lugar adequado,

de forma a não perturbar o funcionamento de todas as dinâmicas da instituição e que garantisse a confidencialidade dos participantes. Após o preenchimento do consentimento informado (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), procedeu-se à leitura das instruções de cada instrumento e ao esclarecimento de eventuais questões. Para cada instrumento foi pedida a autorização aos seus autores para a utilização na presente investigação (anexo A). As escalas foram disponibilizadas em formato impresso, por abordagem direta aos participantes. Quando surgiram questões no decorrer da prova, as mesmas foram devidamente esclarecidas ao longo da administração do protocolo. A recolha de dados foi realizada durante o mês de março a julho de 2020. Esta etapa alongou-se devido à pandemia atravessada pelo mundo, a Covid-19, que fez com que se readaptasse o processo de recolha cumprindo sempre as normas delegadas pela DGS. Sempre que possível foram feitas autoaplicações dos questionários em doentes alfabetizados, contudo quando detetadas dificuldades dos doentes na compreensão dos instrumentos de avaliação e/ou impossibilidade de leitura por outros, procedeu-se ao preenchimento dos instrumentos na presença dos entrevistados e sempre conforme as orientações dos mesmos. Nos doentes em que o seu nível de literacia era baixo, os questionários foram lidos e preenchidos pela investigadora de acordo com as orientações destes. Se no decorrer da entrevista a pessoa ficou perturbada, as necessidades da pessoa foram prioritárias em detrimento das necessidades do investigador, pondo fim à aplicação dos testes.

Após a finalização da recolha de dados, estes foram introduzidos, analisados e trabalhados no IBM SPSS na versão 23.

**CAPÍTULO III**  
*Apresentação de resultados*

A organização e sequência dos assuntos a seguir apresentados terão em conta os objetivos propostos para o estudo e o referencial teórico de suporte.

## **1. Procedimento estatístico**

Nos momentos seguintes à recolha de dados, procedeu-se a uma primeira análise de todos os questionários (consistência interna – Alpha de Conbrach), processando a sua codificação e tabulação para preparar o tratamento estatístico. Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Relativamente à primeira, estabeleceu-se frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central como médias e medidas de variabilidade ou dispersão. No que diz respeito à estatística inferencial, fez-se uso da estatística paramétrica e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos obriga a verificação de duas condições: a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa tenham uma distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas (Marôco, 2018). Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov, não esquecendo das Skewness e Kurtosis. Enquanto que para testar a homogeneidade das variáveis recorreu-se ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Marôco, 2018). A estatística não paramétrica foi utilizada em alternativa aos testes paramétricos, este tipo de teste só se aplica quando a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou ou quando a amostra não possui uma distribuição normal (Marôco, 2018). Admitiu-se, para todos os testes, um valor crítico de significância de  $p \leq 0,05$  e um nível de confiança de 95%.

## **2. Apresentação dos resultados**

Nesta fase, pretende-se descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos durante o trabalho de campo. A análise a ser iniciada está estruturada para dar resposta aos diferentes objetivos e hipóteses estabelecidas. Nesse sentido considera-se a existência de dois subcapítulos, o primeiro designado por análise descritiva e o segundo de análise inferencial.

## 2.1 Análise descritiva

A apresentação dos resultados inicia-se com uma análise descritiva, através da qual se procura estudar as variáveis sociodemográficas que caracterizam o grupo e as variáveis centrais que entraram no estudo (esperança, resiliência e QdV).

### I. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

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

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica (N = 37)*

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	20	54,1
Masculino	17	45,9
<b>Faixa Etária</b>		
≤ 65	5	13,5
66-71	7	18,9
72-77	9	24,3
78-83	8	21,6
≥ 84	8	21,6
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	9	24,3
Sabe ler e escrever	2	5,4
1º Ciclo de ensino básico	17	45,9
2º Ciclo do ensino básico	7	18,9
3º Ciclo do ensino básico		
Ensino secundário	2	5,4

## Ensino Tecnológico ou Superior

### **Profissão exercida**

Diretores e pessoal de serviços administrativos	6	16,2
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	5,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção, artífices e trabalhadores similares	7	18,9
Agricultores	13	35,1
Domésticas	9	24,3

### **Estado civil**

Solteiro/a	8	21,6
Casado(a)/União de facto	14	37,8
Separado(a)/Divorciado(a)		
Viúvo(a)	15	40,5

### **Crenças espirituais / religiosas**

Com crenças	35	94,6
Sem crenças	2	5,4

### **Religião**

Católica	34	91,9
Evangélica	1	2,7
Sem Religião	2	5,4

---

A tabela 1, permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 37 participantes, sendo 20 (54,1%) do sexo feminino e 17 (45,9%) do sexo masculino. Constata-se também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 35 anos e um máximo de 88 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 74,4 anos e um desvio padrão de 11,9 anos. Na amostra verifica-se que existe um predomínio de mulheres nos escalões mais elevados enquanto que nos homens se verifica o inverso.

Relativamente à variável estado civil, verificou-se que o maior grupo percentual (40,5%) da amostra tem como estado civil viúvo(a), seguindo-se os casados com 37,8 % e por fim os solteiros com 21,6%, não havendo divorciados na amostra. Recorrendo à análise do estado civil por sexo, verifica-se que a viuvez predomina no sexo feminino.

O nível de escolaridade dos elementos da nossa amostra é globalmente o 1º ciclo do ensino básico (45,9%). Pode-se constatar que se segue os que não têm escolaridade (24,3%), depois os que têm 6 anos de escolaridade (18,9%) – 2º ciclo do ensino básico - e na terceira posição os que sabem ler e escrever e os com o ensino secundário (5,4%). Existem pequenas diferenças em função do sexo, contudo as mulheres possuem escolaridade mais baixa.

Relativamente ao tipo de profissões que exerciam anteriormente os nossos inquiridos, recorreu-se para o efeito à tabela Nacional de Profissões em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Os dados expressos na tabela 1 mostram que a maioria dos participantes no estudo integra o grupo de agricultores (35,1%) e domésticas (24,3%).

Por fim, no item crenças espirituais/religiosas questionou-se os doentes sobre a sua religião e prática religiosa ou espiritual. Verificou-se a clara predominância de participantes com crenças religiosas, nomeadamente religião católica (91,9%).

Seguidamente, ir-se-á apresentar a avaliação da esperança, resiliência e QdV, mediante a utilização dos instrumentos específicos para cada variável, no total dos elementos da amostra, tendo em conta a pontuação na escala e algumas variáveis sociodemográficas que não entram na análise inferencial do nosso estudo.

## **II. Caraterização da Esperança, Resiliência e Qualidade de Vida dos Participantes**

### **Tabela 2**

*Caracterização da amostra quanto ao nível de esperança, de resiliência e de Qualidade de Vida (N=37)*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Md</b>	<b>Mo</b>	<b>CV (%)</b>
<b>Score total de esperança (9-36)</b>	27,78	3,98	19	36	27	27	15,84
<b>Score total de resiliência (0-22)</b>	16,90	4,02	7	22	17	20	16,18
<b>Score total de Qualidade de Vida (8-40)</b>	26,19	4,33	15	40	28	28	18,77

Após análise global dos itens verificou-se que a esperança média global da amostra é de 27,78 pontos, a mediana de 27 pontos, a moda de 27 pontos e o desvio padrão de 3,98 pontos. O valor mínimo encontrado foi de 19 pontos e o máximo de 36 pontos (tabela 2).

A nossa pontuação média global (27,78 pontos) situa-se acima do percentil 50 (27 pontos), o que leva a deduzir estar-se perante uma amostra com moderado índice de esperança.

Ao analisar-se item a item, constatou-se que o score médio encontrado é de 2,76 pontos com um desvio padrão de 0,32 pontos. A mediana é igual a 2,67 pontos e a moda 2,56 pontos. O mínimo encontrado foi de 2,11 ponto e o máximo 3,33 pontos.

A escala da resiliência pode oscilar entre 0 e 22 pontos sendo que uma pontuação  $\geq 18$  é indicativo de personalidade resiliente em todos os domínios (Vaz & Pocinho, 2016). Assim pela tabela 2, é-nos possível constatar que o valor médio da resiliência corresponde a 16,9 pontos (DP = 4,02), o que indica baixo nível de resiliência da amostra. Apenas 43,2% dos participantes indicam serem resilientes em todos os domínios.

Por fim, avaliou-se a variação, moda, mediana, média e desvio padrão da QdV avaliada pela escala Eurohis-Qol-8. Registam-se valores entre 15 e 40 pontos, sendo a moda e mediana

de 28 pontos, a média 26,19 pontos e o desvio padrão 4,33 pontos. Assim, pode-se afirmar que de uma maneira geral a QdV é baixa (pontuação média global abaixo do percentil 50 – 28 pontos).

**Tabela 3**

*Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à escolaridade da amostra*

	Sem escolaridade		Sabe ler e escrever		1º Ciclo do ensino básico		2º Ciclo do ensino básico		Ensino secundário		$\chi^2$	$\varepsilon^2$	p
	N=9		N=2		N=17		N=7		N=2				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>Esperança</b>	19,44	3,28	25,50	0,71	18,44	2,79	18,93	2,55	15,50	5,66	1,01	0,02	0,91
<b>Resiliência</b>	17	4,15	15,25	4,24	20,59	3,91	17,14	4,88	24,75	4,24	1,71	0,05	,079

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Fritz, Morris e Richler (2012)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

A análise da comparação entre a escolaridade e a esperança dos utentes como entre a escolaridade e a resiliência, foi efetuada através do Teste Kruskal-Wallis. Ao observar a tabela 3, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $Kw[\text{esperança}] = 1,01$ ;  $p = 0,91$ ;  $Kw[\text{resiliência}] = 1,71$ ;  $p = 0,79$ ) entre as variáveis em estudo.

O valor de  $\varepsilon^2$  tanto para a comparação de médias entre a esperança e a escolaridade (0,02) como entre a resiliência e a escolaridade (0,05), indicou um pequeno tamanho de efeito ( $\varepsilon^2 < 0,08$ ).

**Tabela 4**

*Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à Profissão Exercida da amostra*

	<b>Grupo 1</b>		<b>Grupo 2</b>		<b>Grupo 3</b>		<b>Grupo 4</b>		<b>Grupo 5</b>					
	N=6		N=2		N=7		N=13		N=9					
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	z	$\varepsilon^2/\omega^2$	p	Post-hoc
<b>Esperança</b>	25,75	3,28	13,25	0,71	11,64	2,79	17,65	2,55	23,44	5,66	8,02	0,22	,09	
<b>Resiliência</b>	19,67	1,63	19	1,41	19,14	3,24	14,77	3,38	16	5,15	4,21	0,17	,04*	1>4

*Nota.* Grupo 1= Diretores e pessoal de serviços administrativos; Grupo 2= Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Grupo 3= Trabalhadores qualificados da indústria, construção, artífices e trabalhadores similares; Grupo 4= Agricultores; Grupo 5= Domésticas  
Tamanho de efeito de acordo com Ferguson (2009) e Cohen (1988)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Relativamente à situação profissional não existem diferenças significativas entre a esperança e a profissão exercida pela amostra ( $p=,09$ ), segundo o Teste Kruskal-Wallis ( $Kw= 8,02$ ).

No que diz respeito à situação profissional, verificou-se a existência de diferenças significativas nos níveis de resiliência entre os respondentes pelo teste ANOVA de Welch ( $Fw(4; 7,83)= 4,21$ ;  $p= ,04$ ). Desta forma, é necessário identificar quais os grupos de profissão exercida que se diferenciam entre si, em termos médios, através de testes post-hoc de comparação múltipla. Pelo teste de Games-howell é possível concluir que estatisticamente apenas existem diferenças entre os detentores de cargos nos serviços administrativos e os agricultores.

O valor de 0,22 para a comparação de médias entre a esperança e a profissão exercida, indicou um médio tamanho de efeito ( $\varepsilon^2 < 0,26$ ). Em relação à resiliência, o valor de  $\omega^2$  indicou um amplo tamanho de efeito ( $\omega^2 \geq 0,14$ ).

**Tabela 5**

*Comparação dos índices de Qualidade de Vida Total em relação às variáveis sociodemográficas da amostra*

Variáveis Sociodemográficas	Qualidade de Vida					
	N	M	DP	z	p	$r/\varepsilon^2/\text{Cohen's } d$
<b>Sexo</b>						
Feminino	20					
Masculino	17	21,68	4,50	116,50	0,10	0,28
		15,85	3,94			
<b>Faixa Etária</b>						
≤ 65						
66-71	5	12,70	3,85			
72-77	7	20,79	2,61	2,16	0,71	0,06
78-83	9	19,22	4,41			
≥ 84	8	20,81	6,96			
	8	19,31	2,88			
<b>Escolaridade</b>						
Sem escolaridade	9	20,94	6,25			
Sabe ler e escrever	2	21,75	2,12			
1º Ciclo de ensino básico	17	19,74	3,76			
2º Ciclo do ensino básico	7	16,93	3,11	2,69	0,61	0,07
3º Ciclo do ensino básico						
Ensino secundário	2	8,50	5,66			
Ensino Tecnológico ou Superior						

### Profissão exercida

Diretores e pessoal de serviços administrativos	6	18,17	3,52			
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	2	21,50	4,64			
Trabalhadores qualificados da indústria, construção, artífices e trabalhadores similares	7	15,71	4,96	7,02	0,14	0,19
Agricultores						
Domésticas	13	15,38	4,68			
	9	26,78	2,51			

### Estado civil

Solteiro/a	8	14,50	4,03			
Casado(a)/União de facto	14	22,75	3,96	3,28	0,19	0,09
Separado(a)/Divorciado(a)						
Viúvo(a)	15	17,90	4,77			

### Crenças espirituais / religiosas

Com crenças	35	28,47	4,43	- 0,06	0,95	0,55
Sem crenças	2	26,44	2,83			

---

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Fritz, Morris e Richler (2012); Ferguson (2009); e Cohen (1988)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

No sentido de proceder à análise destas variáveis, uma vez que estas eram distribuídas em vários subgrupos recorreu-se, tendo em conta os pressupostos de cada teste, a diferentes testes estatísticos como se pode observar na tabela 5.

Na variável sexo, segundo o teste U de Mann-Whitney, os valores encontrados referem que não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis médios de QdV ( $\mu=116,50$ ;  $p= 0,10$ ). O valor de 0,28, indicou um pequeno tamanho de efeito ( $r < 0,30$ ).

Pode-se retirar a mesma conclusão em relação à idade, através do teste Kruskal-Wallis, em que as diferenças nos níveis médios de QdV não são estatisticamente significativas ( $Kw=$

2,16;  $p= 0,71$ ). O valor de  $\varepsilon^2$  para as diferenças de médias entre a QdV e a idade indicou um pequeno tamanho de efeito ( $<0,08$ ).

Por sua vez, para se perceber as diferenças entre a escolaridade e a QdV da amostra, recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis. Segundo os resultados, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo ( $Kw= 2,69$ ;  $p= 0,61$ ). O valor de 0,07 indicou um pequeno tamanho de efeito ( $\varepsilon^2 < 0,08$ ).

Mediante a análise do valor de significância na tabela 5, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre a QdV e a profissão exercida, através do teste Kruskal-Wallis ( $Kw= 7,02$ ;  $p= 0,14$ ). A comparação de médias entre a QdV e a profissão exercida apresentou um  $\varepsilon^2$  de 0,19, o que indicou um médio tamanho de efeito ( $<0,26$ ).

Verificou-se também através do teste Kruskal-Wallis que as diferenças encontradas na QdV em função do estado civil, não são estatisticamente significativas ( $Kw= 3,28$ ;  $p = 0,19$ ). O valor de 0,09, indicou um médio tamanho de efeito ( $\varepsilon^2 < 0,26$ ).

Por fim, na análise da tabela 5 pode-se verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a QdV e as crenças espirituais/religiosas pelo teste T de student ( $t(35) = -0,06$ ;  $p= 0,95$ ). O valor de cohen's d foi de 0,55, o que indicou um médio tamanho de efeito (0,50-0,8).

## **2.2 Análise Inferencial**

Segue-se a apresentação da análise inferencial com o objetivo de verificar as hipóteses previamente definidas.

**H1 – Indivíduos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de esperança e de resiliência.**

**Tabela 6***Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação ao Sexo da amostra*

	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		$\mu$	$p$	$r$
	N= 20		N= 17				
	M	DP	M	DP			
<b>Esperança</b>	22,90	2,52	14,41	2,94	92	,02*	0,40
<b>Resiliência</b>	17,80	4,22	21,59	3,63	214	0,19	0,22

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Fritz, Morris e Richler (2012)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Para se perceber se existem diferenças entre o sexo e a esperança dos doentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney ( $\mu = 92$ ). Ao observar a tabela 6, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,02$ ) entre as variáveis em estudo. Não obstante, averiguou-se pela ordenação das médias que são os elementos do sexo feminino aquelas que apresentam valores mais elevados ( $M = 22,90$ ), o que significa que são também as que têm níveis de esperança superiores. O valor de 0,40, indicou um médio tamanho de efeito ( $r < 0,50$ ).

Relativamente à comparação dos índices de resiliência em função do sexo, verificou-se, através do teste U de Mann-Whitney ( $\mu = 214$ ;  $p = 0,19$ ), que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (tabela 6). O valor de 0,22 indicou um pequeno tamanho de efeito ( $r < 0,30$ ).

Rejeita-se a hipótese formulada afirmando que são os indivíduos do sexo feminino que têm índices mais elevados de esperança e que a resiliência não depende do sexo.

**H2 - Indivíduos sem parceiro apresentam níveis mais baixos de esperança e de resiliência.**

**Tabela 7**

*Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação ao Estado Civil da amostra*

	<b>Com</b>		<b>Sem</b>		$\mu$	$p$	$r$
	<b>Parceiro(a)</b>		<b>Parceiro(a)</b>				
	N=14		N=23				
	M	DP	M	DP			
<b>Esperança</b>	18,43	2,71	19,35	2,98	169	0,82	0,04
<b>Resiliência</b>	22,21	4,32	17,04	3,81	116	0,17	0,23

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Fritz, Morris e Richler (2012)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

A variável estado civil foi recodificada em: com parceiro(a) (casados e união de facto) e sem parceiro(a) (solteiros, viúvos e divorciados). Posto isto, depois utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney e constatou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre o “estado civil” e a esperança ( $\mu = 169$ ;  $p = 0,82$ ). O tamanho de efeito nesta comparação de médias é nulo ( $r < 0,10$ ).

Similarmente, através do Teste U de Mann-Whitney, observou-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre o “estado civil” e a resiliência ( $\mu = 116$ ;  $p = 0,17$ ). O valor de  $r$  indicou um pequeno tamanho de efeito ( $< 0,30$ ).

Assim sendo, é-nos remetido a rejeitar a hipótese formulada, uma vez que ocorre o oposto do esperado.

**H3- Indivíduos com mais idade apresentam níveis mais baixos de esperança e índices mais elevados de resiliência.**

Para testar a hipótese entre a idade e a esperança dos doentes, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que não existem diferenças estatísticas significativas ( $Kw= 2,70$ ;  $p= 0,61$ ) entre as duas variáveis. O valor 0,08 indicou um médio tamanho de efeito ( $\epsilon^2 < 0,26$ ).

**Tabela 8**

*Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação à Idade da amostra*

	<u>≤ 65 anos</u>		<u>66-71 anos</u>		<u>72-77 anos</u>		<u>77-83 anos</u>		<u>≥ 84 anos</u>		z	$\frac{\epsilon^2}{\eta^2}$	p
	N=5	N=7	N=9	N=8	N=8	M	DP	M	DP	M			
<b>Esperança</b>	14,80	2,97	19,12	2,91	16,11	1,79	21,50	3,51	22,75	2,93	2,70	0,08	0,61
<b>Resiliência</b>	20,51	4,36	16,49	2,56	14,40	4,67	20,46	3,48	15,93	4,24	1,33	0,30	0,28

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Ferguson (2009) e Cohen (1988)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os cinco grupos que integram a variável idade relativamente à variável resiliência, recorreu-se a uma ANOVA One-Way. Os resultados encontram-se descritos na tabela 8 e permitem a conclusão de que, para um nível de significância 0,05, não existem diferenças significativas entre os grupos e a variável resiliência ( $F(4,32) = 1,33$ ;  $p= 0,28$ ). O valor de 0,30 indicou um pequeno tamanho de efeito ( $\eta^2 < 0,50$ ).

Face aos resultados, é-se levado a rejeitar a hipótese inicial.

**H4- Indivíduos com crenças espirituais/religiosas apresentam níveis mais elevados de esperança e de resiliência.**

**Tabela 9**

*Comparação dos índices de Esperança e de Resiliência em relação às Crenças espirituais/religiosas da amostra*

	Com Crenças		Sem Crenças		$\mu$	$p$	$r$
	N=35		N=2				
	M	DP	M	DP			
<b>Esperança</b>	19,07	2,91	16,50	0,71	46,50	0,47	0,13
<b>Resiliência</b>	16,74	4,07	20	3,01	19	0,33	0,18

*Nota.* Tamanho de efeito de acordo com Fritz, Morris e Richler (2012)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Após a realização do teste U de Mann-Whitney constatou-se que não havia diferenças estatisticamente significativas nos níveis de esperança da nossa amostra, no que diz respeito às crenças espirituais/religiosas ( $\mu = 46,50$ ;  $p = 0,47$ ).

Em relação ao impacto das crenças/práticas religiosas nos níveis de resiliência foi realizado o teste U de Mann-Whitney. A análise das diferenças entre grupos – com crenças e sem crenças - não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p \leq ,05$ , nos níveis de resiliência entre os dois grupos ( $\mu = 19$ ;  $p = 0,33$ ).

O valor de  $r$ , tanto para as diferenças de médias entre a esperança e as crenças (0,13) como entre a resiliência e as crenças (0,18), indicou um pequeno tamanho de efeito ( $< 0,30$ ).

Face aos resultados é-se levado a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que a presença de crenças espirituais/religiosas é independente dos níveis de esperança e de resiliência encontrados nos doentes.

**H5- Existe uma relação significativa entre a esperança e a qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados. Quanto maior a esperança, maior será a qualidade de vida.**

**Tabela 10**

*Correlação entre Esperança e Qualidade de Vida da amostra*

	QdV
Esperança	,45**

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Para averiguar qual a relação entre estas duas variáveis, e uma vez que se está perante uma população com distribuição normal, procedeu-se a testes paramétricos, nomeadamente ao coeficiente de correlação de Pearson. Procedeu-se a correlações entre a QdV e esperança total como demonstrado pela tabela 10.

De uma forma global, constatou-se que a esperança e QdV têm uma relação linear positiva e moderada, que nos informa que existe uma associação direta entre as duas variáveis ( $r(35) = 0,45$ ;  $p = 0,005$ ).

Face aos resultados, é-se levado a aceitar a hipótese inicial afirmando que quanto maior for a esperança, maior é a QdV.

**H6 - Existe uma relação significativa entre a resiliência e a qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados. Quanto maior a resiliência, maior será a qualidade de vida.**

**Tabela 11**

*Correlação entre Resiliência e Qualidade de Vida da amostra*

	<b>QdV</b>
<b>Resiliência</b>	,40*

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Seguidamente, com o intuito de testar o impacto da resiliência na QdV, procedeu-se a uma análise de correlação de Pearson entre estas duas variáveis. Encontrou-se, de modo geral, uma associação estatisticamente significativa positiva e moderada ( $r(35) = 0,40$ ;  $p = 0,02$ ).

Assim sendo, pode-se aceitar a hipótese formulada: quanto maior a resiliência, maior é a QdV.

**H7 -A variável esperança e resiliência são preditores de maior qualidade de vida dos utentes em contexto de Cuidados Continuados.**

Para completar o estudo foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo das variáveis Esperança e Resiliência em relação à variável QdV. O método de estimação utilizado foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

**Tabela 12***Regressão Hierárquica da Qualidade de Vida entre a Esperança e a Resiliência da amostra*

	B	95% CI		SE	$\beta$	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
		LL	UL				
1							
Constant	9,18	-2,48	20,84	5,74	0,45**	0,21	0,21**
Esperança	0,68	0,218	1,16	0,24			
2							
Constant	6,05	-5,48	17,57	5,68		0,30	0,09*
Esperança	0,58	0,13	1,04	0,22	0,38*		
Resiliência	0,34	0,02	0,67	0,159	0,31*		

*Nota.* CI=intervalo de confiança; LL=limite inferior; UL=limite superior

Tamanho de efeito de acordo com Cohen (1988)

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Na tabela 12 é possível observar pelo coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>), que 21% da variação da QdV dos doentes é explicada pela variação da esperança, e que 9% da variação da QdV é explicada pela resiliência. O conjunto das variáveis independentes explica 30% da variação da QdV.

Em seguida, certificou-se que os modelos ajustados são significativos. Para tal, usou-se uma Anova. Ambos os testes F têm associado um nível de significância inferior a 0,005, ou seja, os modelos são estatisticamente significativos, isto é, a QdV é explicada por pelos menos uma das variáveis independentes ( $F(2,34) = 7,14$ ;  $R^2 = 0,30$ ).

Por fim, pretendeu-se averiguar se ambas as variáveis independentes contribuem de igual forma na predição da QdV. Verificou-se que tanto a esperança ( $\beta = 0,38$  ;  $f(34) = 2,59$ ;  $p = 0,01$ ) como a resiliência ( $\beta = 0,31$ ;  $f(34) = 2,13$ ;  $p = 0,04$ ) possuem um teste f com nível de significância inferior a 0,005, pelo que se conclui que estas variáveis têm um poder explicativo na QdV, pois os coeficientes de cada variável independente são diferentes de zero. Porém, a esperança é a variável mais importante na explicação da QdV. O valor de  $\Delta R^2$  revelou 9% de mudança na variância do modelo 1 e do modelo 2 com  $\Delta F(1,34) = 4,51$ ;  $p = 0,04$ .

Na análise da tabela 12 pode-se observar a existência de relações positivas entre a esperança e a QdV. Isto significa que quanto maior for a esperança, maior é a QdV do doente. O mesmo acontece com a resiliência e a QdV: quanto maior a QdV maior é a resiliência.

Deste modo, pode-se afirmar que a hipótese formulada é aceite.

**CAPÍTULO IV**  
*Discussão de resultados*

O presente ponto tem como objetivo sintetizar a relação entre os resultados apresentados no ponto anterior e os objetivos propostos para este estudo. Este trabalho teve por base avaliar a esperança, resiliência e QdV dos doentes em cuidados continuados e das possíveis variáveis que possam interferir nesta relação, para que num futuro próximo se possa compreender melhor o papel da esperança e da resiliência, no modo como as pessoas vivenciam a doença e como estas variáveis interferem na QdV do doente.

A análise do estudo permitiu-nos verificar que a nível sociodemográfico a nossa amostra (37 doentes), constituída por 54,1% do sexo feminino e 45,9% do sexo masculino, apresenta idades compreendidas entre os 35 e os 88 anos ( $M=74,34$ ;  $DP=11,9$ ). Assim sendo, trata-se de uma amostra equilibrada, não havendo grande discrepância entre a percentagem de elementos do sexo masculino com 17 elementos e do sexo feminino com 20 elementos. Logo, faz com que as perspetivas de comparação entre os respetivos grupos (feminino e masculino) sejam mais robustas (Marôco, 2018). A maioria da amostra é idosa (86,5%), têm mais de 65 anos, sendo a média de idades para o sexo feminino ( $M=78,5$ ) superior à do sexo masculino ( $M=69,47$ ). Em relação à escolaridade da amostra esta é globalmente baixa, a maioria possui apenas o 1º ciclo do ensino básico (45,9%). Estes resultados vão de encontro ao referido no Relatório de Monitorização do 1º semestre de 2018 da RNCCI, em que afirmaram que o perfil de utentes da rede têm evidenciado uma população envelhecida, maioritariamente feminina e com baixo nível de escolaridade (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2018). No mesmo relatório da RNCCI é ainda indicado que a maioria da população da rede são viúvos, o que vai também de encontro com os resultados obtidos na nossa amostra (40,5%).

Em Portugal, segundo os censos 2011, cerca de 85% da população afirma ter uma crença religiosa, sendo a religião Católica dominante na população portuguesa (INE, 2012). Na nossa amostra obteve-se resultados que vão de encontro ao exposto, uma vez 94,6% dos utentes afirmam terem crenças religiosas/espirituais, nomeadamente serem da religião católica (91,9%).

Seguidamente, ir-se-á discutir os nossos resultados centrais, sendo que, considerou-se importante começar por referir o nível médio da esperança, resiliência e QdV da nossa amostra.

Pela análise item a item da escala HHI-PT (Esperança), constatou-se que o score médio encontrado é de 2,76 pontos com um desvio padrão de 0,32 pontos. No estudo original de Herth (1992), o score médio foi de 2,70 pontos (escala com 12 itens). Na versão portuguesa (Viana, 2010) obtiveram um score médio de 3,20 pontos (escala com 9 itens), com um desvio padrão

de 0,52, valores que estão próximos dos que se obteve no presente estudo. Num trabalho realizado numa população internalizada numa UCCI, Andrade et al. (2017) obtiveram um score médio de esperança de 3,39 pontos (DP= 0,60). Comparativamente a estes trabalhos prévios, está-se perante uma amostra com níveis de esperança semelhantes. Estes bons níveis de esperança podem ser explicados pelos elevados indicadores de crenças espirituais/religiosas da amostra (94,6%), que podem se relacionar com a perspetiva de um futuro melhor, impulsionando o doente a agir para alcançar um objetivo e lidar melhor com situações de crise, sendo uma estratégia efetiva para o enfrentamento da nova condição imposta pela doença (Boell et al., 2018).

No que se refere ao nível de esperança em função do sexo, foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o sexo e a esperança ( $p=0,02$ ). Verificou-se que o sexo feminino apresenta uma esperança média ( $M=22,90$ ) superior ao sexo masculino ( $M=14,41$ ), à semelhança do estudo desenvolvido por Boell et al. (2018), e ao contrário dos resultados obtidos por Moraitou et al. (2006), Viana (2010) e Andrade et al. (2017), em que os homens apresentam (sem significância estatística) um nível de esperança mais elevado que as mulheres. No que diz respeito às diferenças na ótica do sexo, Pinto e Pais-Ribeiro (2010) referem que as mulheres, por motivos de ordem cultural, são mais crentes e, por isso, utilizam como recurso a esperança aquando enfrentam uma situação adversa (Gratão et al., 2017).

Quanto aos resultados entre a idade e a esperança, não foram encontradas estatísticas significativas ( $p=0,62$ ). Moraitou et al. (2006) e Mestre (2011) também não verificaram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis. Porém, ambos os estudos verificaram pelos valores das médias que os participantes com idades superiores a 80 anos possuíam um maior nível de esperança, o que vai de encontro ao nosso estudo. Assim sendo, o nosso estudo entra em consonância com Snyder e Shane (2009) que defendem que, de acordo com o processo do pensamento esperançoso, não é esperado que este modifique com a idade continuando a estabelecer objetivos e a identificar caminhos.

Similarmente, não foram encontrados efeitos significativos ( $p=0,82$ ) entre o estado civil e a esperança, o que corrobora o estudo de Mestre (2011), Ramos (2013) e Andrade et al. (2017). Estes resultados não vão de acordo com o pensamento de Moratiou et al. (2006) e de Bailey e Snyder (2007), sendo que os autores afirmam que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de esperança, nomeadamente os indivíduos casados ou em união de facto (com

parceiro(a)) apresentavam níveis de esperança mais elevados que os divorciados e os viúvos (sem parceiro(a)).

Não foram observados de forma similar, efeitos significativos entre a escolaridade e a esperança, verificando-se o mesmo em relação à profissão exercida. Estes resultados corroboram com Mestre (2011) e Andrade et al. (2017) que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a esperança.

No que diz respeito à relação entre a esperança e as crenças espirituais/religiosas, verificou-se que no seu geral não varia em função das crenças ( $p=0,47$ ). Esta constatação vai ao encontro de Ramos (2013) que também não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, embora no seu estudo também os participantes com crenças espirituais/religiosas apresentassem uma maior média de esperança que os participantes sem crenças. Apesar de na nossa amostra a esperança não varie em função da existência de crenças espirituais/religiosas, há vários estudos que evidenciaram uma associação entre ambas, como Coulibaly e Alves (2016). Segundo os autores, a espiritualidade/religião e a fé podem sustentar e alimentar a esperança no tratamento da doença dos indivíduos, ajudando-os a superar os desafios advindos do processo de doença.

Relativamente à influência da esperança na QdV total, é-nos permitido concluir que quanto mais elevados forem os índices de esperança nos doentes, maiores são os níveis de Qualidade de Vida ( $p=0.01$ ). Estes resultados reiteram os de Martins e Mestre (2014) que também encontraram uma associação positiva e significativa entre as variáveis Esperança e QdV total. Segundo Sachse (2007), isto acontece porque sendo a esperança um constructo que interfere com a nossa maneira de pensar e de agir e facilita o comportamento, esta produz impacto positivo na nossa qualidade de vida. Bailey e Snyder (2007) defendem que o facto de termos esperança e acreditarmos que podemos alcançar um dado objetivo, faz com que aumentemos o nosso Bem-Estar e QdV. Neste sentido, podemos entender a esperança como um recurso que ajuda os doentes a dar sentido às suas vidas, aceitando esta nova condição. Pessoas com maior esperança envolvem-se em pensamentos positivos relacionados à doença, levando a resultados mais positivos e melhorias na QdV.

Em relação ao nível médio total de resiliência ( $M=16,9$ ;  $DP= 4,02$ ) a amostra deste estudo apresentou resultados um pouco acima do nível encontrado no estudo original para população clínica ( $M=16,68$ ;  $DP= 5,03$ ). Porém, a nossa amostra revela não ser resiliente a todos os níveis, uma vez que o nível médio da amostra é inferior a 18 pontos (ponto corte do

instrumento RMH-22). Os níveis baixos de resiliência (43,2%) podem ser atribuídos a diversos fatores, por exemplo: presença de sequelas, falta ou perda de autonomia física ou psicológica e dificuldades na aceitação da nova condição ou falta de apoio do seio familiar e social.

Quanto aos resultados do estudo desenvolvido em relação à resiliência e ao sexo evidenciou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis ( $p=0,19$ ). Estes resultados corroboram com Hardy et al. (2004), Demakakos et al. (2008) e Seidel et al., (2009) (as cited in Centre for Policy on Ageing, 2014) e com Figueiredo (2018), que nos seus estudos também não perceberam diferenças significativas entre a resiliência e o sexo. Estes resultados poderão dever-se ao facto de a distribuição por sexo, na nossa amostra, ser relativamente homogénea.

Similarmente, entre a idade e a resiliência não foram encontradas estatísticas significativas ( $p=0,48$ ). Nesta situação, o nosso estudo diverge do desenvolvido por Hardy et al. (2004), Demakakos et al. (2008) e Seidel et al., (2009) (as cited in Centre for Policy on Ageing, 2014), sendo que evidenciaram diferenças de médias entre as variáveis, nomeadamente que os indivíduos mais velhos apresentam mais resiliência. Porém, vai de encontro ao estudo de Figueiredo (2018) que também não encontrou evidência de influência da idade com a resiliência. Este facto é corroborado pela perspetiva dinâmica de resiliência, que defende que o comportamento resiliente não ocorre necessariamente de forma linear e progressiva, e que não é uma característica absolutamente relacionada à experiência de vida que se adquire com o avançar da idade (Lemos, Moraes, & Pellanda, 2018 as cited in Ramírez-Maestre, Vega, Sturgeon, & Peters, 2019).

A nível da escolaridade, não foram observados de forma similar efeitos significativos ( $p=0,79$ ), à semelhança do estudo desenvolvido por Figueiredo (2018). Porém, Gameiro (2004) evidenciou associação entre as variáveis e explica que os doentes com menores habilitações literárias, como acontece na nossa amostra, tendem a sofrer mais com a doença uma vez que terão mais dificuldade em entender as limitações e perdas impostas pela doença, o que irá influenciar a boa aceitação da mesma. Contrariamente, a nível da profissão exercida verificou-se diferenças estatisticamente significativas, com um grande tamanho de efeito, respetivamente entre os detentores de cargos nos serviços administrativos que apresentam níveis mais elevados de resiliência comparativamente aos agricultores. Segundo um estudo transversal sobre fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças

crónica, a escolaridade e a profissão não influenciam a resiliência do doente (Boell, Silva, & Hegadoren, 2016).

A análise da relação entre o estado civil e a resiliência revelou resultados não significativos ( $p=0,17$ ). Todavia, a comunidade científica não é consensual, se por um lado alguns autores não encontram uma relação significativa, por outro lado surgem autores que revelam encontrar significância na relação. Mclean e colaboradores (2008) apresentam o casamento como um fator protetor de resiliência. Lever e Valdez (2010) também corroboram afirmando que os indivíduos casados se sentem mais fortes, mais apoiados, mais confiantes e com mais responsabilidade quando comparados com os solteiros, o que leva a que se sintam menos afetados perante mudanças inesperadas. Phillips et al. (2016) e Boell, Silva e Hegadoren (2016) evidenciaram que nenhum dos sexos teve maior resiliência por ter um parceiro, como no nosso estudo.

A análise da relação entre as crenças espirituais/religiosas e a resiliência não se revelou significativa ( $p=0,33$ ), contudo são encontrados na literatura científica diversos estudos que asseguram uma influência positiva da espiritualidade nos níveis de resiliência (Chequini, 2009; Lemos, 2019; Margaça & Rodrigues, 2019; Miller & Thoresen, 2003; Pargament, Koenig, & Perez, 2000; Shaw, Joseph, & Linley, 2005; Taranu, 2011). O nosso estudo corrobora com Almeida (2016) que também não encontrou existência de diferenças significativas entre as variáveis e com Boell e seus colaboradores (2016).

No que diz respeito à relação entre a resiliência e a QdV, os resultados revelaram uma correlação direta e significativa entre as variáveis totais ( $p=0,02$ ), sendo que quanto mais altos os resultados da resiliência total, maior a qualidade de vida total dos doentes. Dada a escassez de estudos publicados na literatura portuguesa e internacional com o mesmo instrumento de colheita de dados e nesta tipologia de população em estudo, não foi possível efetuar analogias diversificadas com os resultados obtidos. Não obstante, investigou-se a literatura internacional e Li, Yang, Liu e Wang (2016) realizaram um estudo sobre os efeitos do apoio social, esperança e resiliência na qualidade de vida de pessoas com o cancro na bexiga (doença crónica), em que constataram que a resiliência se relacionou positivamente com a QdV. À semelhança, Yazdi-Ravandi (2013), segundo o seu estudo, acredita que a resiliência é um fator preditivo de QdV e Giaretta, Viguera, Ruschel e Souza (2018) também encontraram uma correlação direta entre as variáveis – Resiliência e QdV. Uma das possíveis razões desta associação entre estas variáveis é entendermos que a resiliência proporciona aos indivíduos uma perspetiva positiva,

uma vez que é um recurso pessoal que aumenta a capacidade do indivíduo gerenciar a situação adversa (doença), que conseqüentemente leva a uma tendência de satisfação com a vida, isto é, a uma melhor QdV.

Apesar da escala RMH22 ter duas dimensões integradas (recursos externos e recursos internos), segundo os autores para avaliar a resiliência seria mais conveniente utilizar um único score (score total) que partisse do somatório das pontuações dos 22 itens da escala (Vaz & Pocinho, 2016). Por este motivo, não se efetuou a avaliação das dimensões da resiliência.

Quanto à média de resultados referentes à QdV (M= 56,84; DP= 13,54) a amostra deste estudo, apresentou resultados um pouco inferiores aos encontrados no estudo original (M=57,82) (Pereira et al., 2011). Este facto poderá dever-se à amostra se encontrar a enfrentar um processo de reabilitação, no que respeita à sua saúde e sua condição física e psicológica.

Nos valores do questionário obtidos nas comparações da QdV avaliada pela Eurohis-Qol-8, não encontramos diferenças estatísticas com nenhum fator sociodemográfico. Estes resultados corroboram com os resultados obtidos por Pereira et al. (2011), que concluiu que a QdV não diferiu significativamente em termos de sexo, idade e estado civil. Apenas há desconcordância na variável escolaridade. Porém, também Pinheiro (2016) e Abrantes (2018) nos seus estudos com população de UCCI não encontraram diferenças significativas com nenhum fator sociodemográfico, o que vai de encontro aos nossos resultados.

Relativamente à componente da espiritualidade – crenças espirituais/religiosas – não se observou diferenças significativas com a QdV. Porém, Moreira (2011) defende que mais espiritualidade associa-se a mais QdV, uma vez que as experiências espirituais e religiosas são positivas e têm um efeito tranquilizador (Margaça & Rodrigues, 2019; Panzini et al., 2007). Contudo, o autor também não encontrou diferenças significativas relativamente a quem praticava algum tipo de religião em relação aos que mencionaram ser não praticantes. No entanto, pelas médias, Moreira (2011) destaca que os que praticam algum tipo de religião indicam melhor QdV, exatamente como no nosso estudo.

Por fim, relativamente à influência das variáveis Esperança total e Resiliência total sobre a QdV total verificou-se que ambas as variáveis independentes (esperança e resiliência) são predictoras da QdV dos nossos participantes. Porém, a partir das regressões múltiplas efetuadas, a variável Esperança tem um maior impacto na variação da QdV que a Resiliência, e que ambas as variáveis estão relacionadas entre si. A nível da literatura nacional não existe nenhum estudo que aborde esta temática e/ou nesta tipologia de população, mas a nível internacional Liu et al.

(2018) desenvolveu um estudo sobre fatores positivos associados à qualidade de vida numa doença crónica. Segundo o seu estudo, a Esperança e a Resiliência foram significativamente associados à QdV, porém Liu e seus colaboradores (2018) perceberam que a Resiliência tinha maior impacto na variação da QdV. Outro estudo também internacional vem reforçar os nossos resultados, referindo que tanto a esperança como a resiliência influenciam positivamente a qualidade de vida, uma vez que tanto a resiliência como a esperança são fontes de força interior que contribuem para o desenvolvimento e para o bem-estar e QdV ao longo da vida, podendo também proteger contra o impacto de eventos negativos (Whu, 2011 as cited in Duggal, Sacks-Zimmerman, & Liberta, 2016). Mais recentemente, Harms e seus colaboradores (2019) realizaram um estudo com o intuito de examinarem a associação entre pontuações de uma escala de resiliência e a qualidade de vida de sobreviventes a uma doença crónica, o cancro. Os seus resultados corroboram com os nossos, pois concluíram que a resiliência é um preditor positivo para todas as medidas de qualidade de vida (Harms et al., 2019).

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, emergem consensos relativos à influência de determinados fatores sobre a esperança, resiliência e QdV dos doentes em contexto de cuidados continuados. De forma resumida apenas encontramos diferenças na esperança em função do sexo, em que é o sexo feminino que apresenta maiores índices de esperança comparativamente ao sexo masculino. Em relação aos índices de resiliência, apenas a profissão exercida apresentou diferenças nas médias e no que diz respeito à perceção de QdV, no nosso estudo, nenhum fator sociodemográfico evidenciou diferenças entre as médias.

Apesar da maioria das variáveis não apresentarem relações significativas com as variáveis em estudo (esperança, resiliência e QdV) levou-se em consideração o tamanho de efeito. A esperança em comparação com o sexo, a idade e a profissão exercida revelaram um tamanho de efeito médio, o que indica a possibilidade de a magnitude destas diferenças poder ser importante. Contudo, não se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, mas tendo em conta o tamanho de efeito é-se levado a deduzir que estas variáveis sociodemográficas têm uma relação mais forte com a esperança. Também se encontrou um tamanho de efeito médio entre a QdV em comparação com o estado civil, a profissão exercida e as crenças espirituais/religiosas, embora não se encontrasse diferenças estatisticamente significativas entre as suas médias.

As restantes variáveis sociodemográficas revelaram um pequeno tamanho de efeito, o que reforça os nossos resultados, ou seja, a diferença de médias é trivial entre variáveis.

Em suma, verificou-se que tanto a esperança como a resiliência possuem uma correlação positiva e significativa com a QdV. Como ainda apresentaram (esperança e resiliência) um valor preditivo sobre a QdV dos doentes.

## CONCLUSÃO

Diante da inegável necessidade de encontrar opções que ajudem o melhor controlo das doenças crónicas e uma convivência mais aprazível com elas, o conceito de esperança e resiliência surgem como uma possibilidade, que necessita de novos estudos que dissolvam as incertezas e controvérsias que ainda se encontram neste tema.

A esperança caracterizada como sendo uma força promotora da vida, tem efeitos benéficos para a saúde das pessoas ao contribuir para a capacitação da pessoa para lidar com a sua doença, para manutenção da qualidade de vida e para a promoção da saúde. A resiliência insere-se neste mesmo contexto como facilitadora no processo terapêutico, proporcionando a capacidade de enfrentamento do indivíduo frente às adversidades e contribuindo para a manutenção da qualidade de vida face à doença.

Este estudo pretendeu explorar o impacto da esperança e da resiliência sobre a QdV dos doentes, reforçando a importância do seu papel nos processos terapêuticos e na saúde, na população de uma UCCI. Os nossos resultados indicaram um efeito positivo e significativo da esperança e da resiliência sobre a QdV como ainda se percebeu que tanto a esperança como a resiliência são variáveis preditoras de QdV na nossa amostra.

O reforço da esperança e da resiliência, tendo em conta os resultados por nós obtidos, poderá influenciar positivamente os níveis de QdV aquando de um internamento nos cuidados continuados. Neste sentido, cabe salientar a importância de fomentar a esperança e a resiliência de modo a enfatizar o papel do indivíduo enquanto sujeito ativo na sua saúde e na sua vida, capacitar o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e das suas fontes de bem-estar e QdV, ao mesmo tempo que melhora os resultados de saúde.

A nível de limitações, uma das maiores dificuldades sentidas consistiu que em Portugal são poucos os estudos sobre a esperança e a resiliência e, tendo em conta a sua relevância e importância para a saúde é de extrema pertinência a sua exploração mais alargada e aprofundada.

Devido à situação pandémica atravessada, Covid-19, sentiu-se uma grande dificuldade em obter autorização e colaboração, pois foram inúmeras as respostas negativas por parte dos responsáveis de várias instituições. Como os dados foram obtidos apenas de uma UMDR, implica resultados e conclusões somente à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para outras UCCI.

As características dos utentes, nomeadamente o diagnóstico principal dos utentes internados nas UMDR's, principalmente, acidentes vasculares cerebrais, demências e senilidade, dificultaram a obtenção de uma maior amostra. Com base nisto, vale a pena referir ainda a dificuldade sentida pelos utentes a responder às escalas, devida à quantidade, no nosso entender, excessiva de opções de respostas e/ou em compreender determinadas palavras e expressões, criando por vezes alguma repetição e confusão.

O facto da maior parte dos questionários terem sido preenchidos pelo investigador (heteropreenchimento) constitui uma limitação a este estudo, na medida em que poderá ter contribuído para uma maior desejabilidade social nas respostas, pois os indivíduos tendem a querer transmitir uma determinada imagem e a darem respostas socialmente aceitáveis ou consideradas "mais corretas", particularmente em questões mais complexas e problemáticas.

Como não existem estudos realizados na população de investigação com estes instrumentos de recolha de dados, exceto o HHI-PT, não foi possível comparar os níveis encontrados com a população em geral.

Para investigações futuras, além de terem atenção a todas as limitações inumeradas, sugere-se a realização de novos estudos com amostras maiores para que seja possível obter uma visão mais abrangente, uma vez que a nossa amostra (N=37) não nos permitiu realizar uma generalização efetiva dos resultados.

Tais investigações poderão ser fundamentais para que possam ser adotadas estratégias por parte das equipas multidisciplinares de modo a incluir e fomentar a esperança e a resiliência dos doentes durante o internamento quer em cuidados continuados quer em meio hospitalar, em prol da QdV dos utentes.

Em específico, para a prática da psicologia, pretende-se contribuir para a intervenção (e.g psicoterapia) e promoção da saúde mental e bem-estar dos utentes em contextos de cuidados continuados, utilizando a esperança e a resiliência, com a finalidade de minimizar os fatores de risco (e.g depressão, não aceitação da nova condição de saúde) e maximizar os fatores de proteção (e.g otimismo, aquisição estratégias de coping e determinação de novas metas) e, consequentemente, aumentar a QdV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M. L. S. (2018). *Qualidade de Vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* [Tese de dissertação, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2018). *Relatório da Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2018*. <http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>
- Almeida, R. F. G. (2016). *A Resiliência e a Sintomatologia Psicopatológica numa Amostra da População Geral Portuguesa* [Tese de dissertação, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Andrade, A., Cunha, M., Domingues, M., Martins, C., & Martins, R. (2017). A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 81-85. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0172>
- Ankawi, B., Slepian, P. M., Himawan, L. K., & France, C. R. (2017). Validation of the Pain Resilience Scale in a Chronic Pain Sample. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 18(8), 984–993. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.03.013>
- Arewasikporn A., Ehde, D. M., Alschuler, K. N., Turner, A. P., & Jensen, M. P. (2018). Positive factors, pain, and function in adults with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 63, 612–620. <https://doi.org/10.1037/rep0000242>
- Ashmawi, A. H., Silva, A. G., Soares, I. A., Solano, J. P. C., & Vieira, J. E. (2016). Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliat Care*, 15(2). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>
- Bailey, T.C., & Snyder, C.R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57, 233-240.
- Boell, J. E. W., Silva, D. M. G. V., & Hegadoren, K. M. (2016). Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 27-86. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>

- Boell, J. E. W., Ferreira, C., Gonçalves, N., Guanilo, M.E.E., & Mayer, B. L. D. (2018). Avaliação de esperança e resiliência em pessoas em tratamento hemodialítico. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 8(4), 702-716. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769230592>
- Buckley, J., & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19(10), 33-41. <https://doi.org/10.7748/ns2004.11.19.10.33.c3759>
- Cavaco, V. S. J. et al. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão sistemática. *Referência*, 12(2), 93-103.
- Centre for Policy on Ageing (2014). *Resilience in Older Age*. <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-Rapid-Review-Resilience-andrecovery.pdf>
- Chequini, M.C.M. (2009). *Resiliência e Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Uma abordagem junguiana* [Tese de dissertação, Universidade Católica de São Paulo]. Portal Domínio Público.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Erlbaum.
- Corveleyn, J., Hjemdal, O., Morote, R., Krysinska, K., & Uribe, P.M. (2017). Resilience or hope? Incremental and convergent validity of the resilience scale for adults (RSA) and the Herth hope scale (HHS) in the prediction of anxiety and depression. *BMC Psychology*, 36(5). <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0205-0>
- Coughlin, S.S. (2008). Surviving cancer or other serious illness. *A cancer journal for clinicians*, 58, 60-64.
- Coulehan, J. (2011). Deep hope: a song without words. *Theor Med Bioeth*, 32(3), 143- 160. <https://doi.org/10.1007/s11017-011-9172-2>
- Coulibaly, A., & Alves, V. P. (2016). As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(22), 323-339.
- Diário da República. (6 de junho de 2006). *Decreto-lei Nº 101/2006, 1ª Série – Nº31*. Lisboa: Ministério da Saúde

- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2003). *Esperança*. Porto: Porto Editora.  
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/esperanca>
- Domingues, M. G. (2016). *A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados* [Tese de dissertação, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Duggal, D., Zimmerman, A.S., & Liberta, T. (2016). The Impact of Hope and Resilience on Multiple Factors in Neurosurgical Patients. *Cureus*, 8(10).  
<https://doi.org/10.7759/cureus.849>
- Esteve, R., López-Martínez, A. E., Peters, M. L., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., & Ramírez-Maestre, C. (2018). Optimism, Positive and Negative Affect, and Goal Adjustment Strategies: Their Relationship to Activity Patterns in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain research & management*, 3, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2018/6291719>
- Faria, D. A., Revoredo, L. S., Vilar, M. J., & Chaves, M. (2014). Resilience and treatment adhesion in patients with systemic lupus erythematosus. *The open rheumatology journal*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.2174/1874312920140127001>
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538.
- Figueiredo, J. N. F. M. (2018). *Distress e resiliência em idosos internados nos cuidados continuados* [Tese de dissertação, Universidade de Aveiro]. Ria – Repositório Institucional.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mchugh P. R. (1975). "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Lusociência.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Gameiro, M. G. H. (2004). Estar doente: atribuição pessoal de significações. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(12), 35-43.

- Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S., & Nourozi Tabrizi, K. (2016). Resilience of Patients With Chronic Physical Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18 (7). <https://doi.org/10.5812/ircmj.38562>
- Giaretta, D. G., Viguera, E. S. R., Ruschel, P. P., & Souza C. (2018). Qualidade de vida e resiliência pós cirurgia cardíaca. *Revista Atenção à Saúde*, 16(58), 5-11. <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n58.5399>
- Gibson, P. (1999). Hope in multiple chemical sensitivity: social support and attitude towards healthcare delivery as predictors of hope. *Journal of Clinical Nursing*, 8(3), 275-283. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00238.x>
- Gratão, A. C. M., Luches, B. M., Oliveira, N. A., Orlandi, F. S., Pavarini, S.C., & Souza, E. N. (2017). Relação entre a Esperança e a Espiritualidade de Idosos Cuidadores. *Texto contexto-enfermagem*, 26(3), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, 46 - 53.
- Gordon, P., Feldman, D., Crose, R., Schoen, E., Griffing, G., & Shankar, J. (2011). The Role of Religious Beliefs in Coping With Chronic Illness. *Counseling and Values*, 46, 162-174. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2002.tb00210.x>
- Harms, C. A., Cohen, L., Pooley, J. A., Chambers, S. K., Galvão, D. A., & Newton, R. U. (2019). Quality of life and psychological distress in cancer survivors: The role of psychosocial resources for resilience. *Psycho-Oncology*, 28(2), 271-277. <https://doi.org/10.1002/pon.4934>
- Herth, K. (1992). Abbreviated Instrument to measure Hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- Instituto de Segurança Social. (2019). *Guia Prático - Rede Nacional Para Os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. [http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. IP.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal (RAA)*. IP.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). (2019). *Infográfico INSA – Doença crónica*. <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/>
- Johnson Wright, L., Zautra, A. J., & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 36(1), 70–80. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9048-5>
- Juvakka, T., & Kylmä, J. (2009). Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.12.004>
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., & Wegener, S. T. (2010). Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 55(1), 40–47. <https://doi.org/10.1037/a0018624>
- Kortte, K. B., Stevenson, J. E., Hosey, M. M., Castillo, R., & Wegener, S. T. (2012). Hope predicts positive functional role outcomes in acute rehabilitation populations. *Rehabilitation psychology*, 57(3), 248–255. <https://doi.org/10.1037/a0029004>
- Lemos, C. T. L. (2019). Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. *Revista Caminhos - Revista de Ciências da Religião*, 17(2), 688-708. <https://doi.org/10.18224/cam.v17i2.6939>
- Lopes, K. (2014). *O Bem-Estar Espiritual e Resiliência em doentes oncológicos* [Tese de dissertação, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA)]. Repositório do ISPA.
- Margaça, C., & Rodrigues, D. (2019). Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Revista de Psicologia*, 31(2), 150-157. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7th ed.). ReportNumber.
- Marques, R. M. D. (2014). *A promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada: efetividade de um programa de promoção da esperança no conforto e na qualidade de vida* (Tese de dissertação). Universidade Católica Portuguesa, Gandra.

- Martins, R. M. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162.
- Mestre, M. A. G. (2011). *A esperança e a qualidade de vida na terceira idade* [Tese de dissertação, Instituto Superior Miguel Torga (ISMT)]. Repositório ISMT.
- Miller, J. (2007). Hope: A concept central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), 12-19.
- Miller, W.R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *The American Psychologist*, 58(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Moraitou, D., Kolovou, C., Papasozomenou, C., & Paschoula, C. (2006). Hope and adaptation to old age: their relationship with individual-demographic factos. *Social Indicators Research*, 76, 71-93. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-4857-4>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (20 de abril de 2011). Regulamento n.º 258/2011 - Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Diário da República*, II (78), 17931-17936.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1)
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105- 115.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos Psicométricos da Versão em Português Europeu do Índice de Qualidade de Vida Eurohis-8. *Laboratório de Psicologia*, 109-123.
- Phillips, S. P., Auais, M., Belanger, E., Alvarado, B., & Zunzunegui, M. (2016). Life-course social and economic circumstances, gender, and resilience in older adults: The longitudinal international mobility in aging study (IMIAS). *SSM-Population Health*, 2, 708–717. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.09.007>
- Pinheiro, E. A. D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados* [Tese de dissertação, Escola superior de Saúde de Bragança (IPB)]. Biblioteca Digital do IPB.

- Pinto, S. M. O. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica* [Tese de Dissertação, Faculdade de Medicina do Porto]. SIGARRA.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro: estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, 7(3), 23-31.
- Pipe, T., Kelly A., LeBrun, G., Schimdt, D., Atherton, P., & Robinson, C. (2008). Prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *Medsurg Nursing*, 17(4), 248-257.
- Preto, O., Amaral, M., Duarte, J., Chaves, C., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care. *Future Academy*, 217-226. <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.21>
- Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em cuidados paliativos* [Tese de dissertação, Faculdade de Medicina de Lisboa]. IC-Online.
- Ralha-Simões, H. (2017). *Resiliência e desenvolvimento pessoal: novas ideias para compreender a adversidade*. Papa Letras.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 286–294. [https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2012.v15.n1.37335](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37335)
- Ramírez-Maestre, C., Vega, R., Sturgeon, J. A., & Peters, M. (2019). Resilience Resources in Chronic Pain Patients: The Path to Adaptation. *Frontiers in psychology*, 10, 28-48. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02848>
- Ramos, C. S. A. (2013). *A Esperança e o Sofrimento no Doente Oncológico Paliativo* [Tese de dissertação, Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC)]. Repositório Científico IPVC.
- Regalado, A. F. A. (2016). *Influência da espiritualidade, resiliência e trauma na população geral adulta* [Tese de dissertação, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Reynolds, M. (2008). Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. *Palliative and Supportive Care*. 6(3), 259-264. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000394>

- Rustoen, T., Howie, J., Eidsom, I., & Moum, T. (2005). Hope in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 417-425. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.5.417>
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1080/1367467032000157981>
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 4(1), 21-32.
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: Test of a two-factor model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 799–810 <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.5.799>
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Resilience to chronic arthritis pain is not about stopping pain that will not stop: Development of a dynamic model of effective pain adaptation. *Springer International Publishing*, 133-149. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-22858-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-22858-7_8)
- Snyder, C. R., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). Hope for rehabilitation and vice-versa. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 89–112. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.51.2.89>
- Snyder, C. R., & Shane, J. L. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Artmed.
- Taranu, O. (2011). *Estudo da Relação entre Resiliência e Espiritualidade numa Amostra Portuguesa* [Tese de dissertação, Faculdade de psicologia e de ciências da educação de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Vaz, H., & Pocinho, M. (2016). Resilience Mental Help (RMH 22): Análise confirmatória Resiliência Itens da escala. *3º Congresso Nacional Conversas de Psicologia*, 24, 2–3. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15698.76482>
- Viana, A. P. M. (2010). *A avaliação da esperança em cuidados paliativos validação transcultural do herth hope index* [Tese de dissertação, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

- Viana, A., Querido, A., Dixe, & M. Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados paliativos: Tradução e adaptação transcultural do Herth Hope Index. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 607-616.
- Vera, R. S. (2012). *Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular* [Tese de dissertação, Instituto de Psicologia de Brasília]. Repositório Institucional da UNB.
- Yazdi-Ravandi, S., Taslimi, Z., Saberi, H., Shams, J., Osanlo, S., Nori, G., & Haghparast, A. (2013). The Role of Resilience and Age on Quality of Life in Patients with Pain Disorders. *Basic and Clinical Neuroscience*, 4(1), 24-30.

*ANEXOS*

## ANEXO A

### Pedido de Utilização de Escalas e suas respostas

Exma. Sr.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Andreia Viana

O meu nome é Catarina Diana Félix Ferreira, sou licenciada em Psicologia e encontro-me neste momento a frequentar o 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Piaget de Almada. Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de avaliar o impacto da esperança e da resiliência na qualidade de vida de utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação. Neste contexto e tendo conhecimento da sua tese de dissertação em Cuidados Paliativos, em que adaptou e validou a escala de Herth (1992) “Herth Hope Scale” (HHS), solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver, facultando a escala (9 itens) e seu respetivo protocolo de aplicação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sem outro assunto de momento,

despeço-me com os melhores cumprimentos,

Catarina Ferreira

Re: Pedido de Autorização da Escala Herth (HHS-PT)



Andreia Viana <andreiavalenca@gmail.com>

27/02/2020 16:07



Para: Katharina Ferreira' Cc: ana.querido@ipleiria.pt

Muito grata.

Dou a minha autorização.

Reencaminho o email também para a Professora Doutora Ana Querido.

Votos de um excelente trabalho,

**Andreia Viana**

*Coach de Sucesso & Abundância*

*Enfermeira, Terapeuta Transpessoal & Energética*

Exmo. Sr. Dr. Hugo Vaz

O meu nome é Catarina Diana Félix Ferreira, sou licenciada em Psicologia e encontro-me neste momento a frequentar o 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Piaget de Almada. Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de avaliar o impacto da esperança e da resiliência na qualidade de vida de utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação. Neste contexto e tendo conhecimento do seu trabalho, em que validou a escala Resilience Mental Help (RMH22), solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver, facultando a escala e seu respetivo protocolo de aplicação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Catarina Ferreira

**Re: Pedido de Autorização da Escala Resilience Mental Help (RMH22)**



**Hugo Vaz** <hugovazf@gmail.com>

25/03/2020 21:38

Para: Katharina Ferreira' Cc: Margarida Pocinho

Boa noite Catarina,

Claro que pode utilizar a escala.  
Estudo ainda mais interessante no contexto atual.  
Envie depois os resultados finais. Bom trabalho!

**Cumprimentos**  
**Hugo Vaz**

Exmo. Sr. Dr. Marco Pereira

O meu nome é Catarina Diana Félix Ferreira, sou licenciada em Psicologia e encontro-me neste momento a frequentar o 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Piaget de Almada. Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de avaliar o impacto da esperança e da resiliência na qualidade de vida de utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação. Neste contexto e tendo conhecimento do seu trabalho, em que adaptou e validou o Índice de Qualidade de Vida – EUROHIS-QOL-8, solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver, facultando a escala e seu respetivo protocolo de aplicação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sem outro assunto de momento,

despeço-me com os melhores cumprimentos,

Catarina Ferreira

**Re: Pedido de Autorização para utilização do Índice de Qualidade de Vida (EUROHIS-QOL-8)**



Marco Pereira <marcopereira@fpce.uc.pt>

20/04/2020 18:27



Para: Katharina Ferreira'

Cara Catarina, boa tarde,

Agradeço o seu e-mail e interesse no EUROHIS-QOL-8. Convido-a a visitar o seguinte site, onde pode fazer o pedido de autorização e obter todo o material necessário relativo ao questionário: [http://fpce.uc.pt/saude/EUROHIS\\_QOL8.html](http://fpce.uc.pt/saude/EUROHIS_QOL8.html)

Ao fazer o pedido e preenchendo o formulário *online*, não deverá ter problemas em aceder ao material relativo à escala.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,  
Com os melhores cumprimentos,  
Marco Pereira

## **ANEXO B**

### **Pedido de Autorização Institucional e sua Resposta**



**INSTITUTO PIAGET**

**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALMADA**

**Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares**

Exmo Senhor Diretor  
Doutor Aníbal Pinhel

Ao abrigo do protocolo já existente entre a vossa Instituição e o Instituto Piaget de Almada, eu, Catarina Diana Félix Ferreira, aluna do 2º ano do 2º ciclo do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde no Instituto Piaget de Almada, venho por este meio solicitar que V. Ex.ª se digne a conceder autorização para a recolha de dados na vossa Instituição que superiormente dirige, no âmbito de um estudo de dissertação de mestrado sobre “O Papel da Esperança e da Resiliência na Qualidade de Vida dos utentes numa Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação”, orientada pela Professora Doutora Sandra Roberto. Este estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto da esperança e da resiliência na qualidade de vida de utentes internados numa unidade de cuidados continuados de média-duração e reabilitação.

Amostra: População institucionalizada na Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação

Protocolo:

- o Questionário Sociodemográfico
- o Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)
- o Escala de esperança de Herth: versão portuguesa (HHI-PT)
- o Questionário de avaliação da qualidade de vida – Short form Health Survey (SF-12)

A participação dos utentes é voluntária e sujeita a consentimento informado, estando assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados. Ficamos à disposição para qualquer esclarecimento adicional sobre este projeto de investigação. Aproveitamos para

agradecer antecipadamente a vossa melhor colaboração e para apresentar a V. Ex.<sup>a</sup> os melhores cumprimentos.

Pede deferimento.

Viseu, 14 de fevereiro de 2020

Assinatura:

Catarina Diana Félix Ferreira

---


Catarina Ferreira

Contacto telefónico: 961149098

E-mail: [kikaferreira\\_95@hotmail.com](mailto:kikaferreira_95@hotmail.com)

## Re: Pedido de Autorização Institucional



Administração - UCC Acredita <[administracaoucc@acreditaipss](mailto:administracaoucc@acreditaipss)>   
18/02/2020 12:41

Para: Katharina Ferreira'

Olá, Catarina Ferreira,

Muito embora um pouco tardiamente, facto de que peço desculpa, venho deste modo responder afirmativamente ao pedido que nos foi formulado, com conhecimento da Exma. Dra. Sofia Campos que se dignou a acompanhar o os trabalhos.

Na convicção de haver colaborado para o bom desenvolvimento do projeto, apresento os meus cumprimentos,

A. Pinhel

## ANEXO C

### Formulário de Consentimento Informado



**INSTITUTO PIAGET**

**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALMADA**

**Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares**

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado(a) \_\_\_\_\_ estou de acordo em participar no estudo no âmbito da dissertação de mestrado “O Papel da Esperança e da Resiliência na Qualidade de Vida dos utentes duma Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação” da aluna Catarina Diana Félix Ferreira sob a orientação da Professora Doutora Sandra Roberto.

Foi-me dada uma explicação integral da natureza e dos objetivos em estudo e concedida a possibilidade de questionar e esclarecer todos os aspetos considerados pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, em qualquer momento, se for esse o meu desejo.

A minha identidade não será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo.

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

Nome

---

Assinatura do participante

---

**Se não for o próprio a assinar:**

Nome

---

BI/CC n.º

---

Grau de parentesco ou tipo de representação

---

**ANEXO D**  
Questionário

O meu nome é Catarina Diana Félix Ferreira, sou aluna do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Piaget de Almada. Encontro-me a realizar um estudo sobre o “O Papel da Esperança e da Resiliência na Qualidade de Vida dos utentes internados numa Unidade de Cuidados Continuados de Média-duração e Reabilitação” para o qual o(a) convido a participar, colaborando no preenchimento do presente questionário, no qual não existem respostas certas nem erradas. As suas respostas são confidenciais, sendo usadas exclusivamente para o presente estudo.

**Obrigada pela sua participação!**

**Data de aplicação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:**

Feminino

Masculino

**Escolaridade:**

Sem escolaridade

Sabe ler e escrever

1º Ciclo de ensino básico (4º ano)

2º Ciclo do ensino básico (6º ano)

3º Ciclo do ensino básico (9º ano)

Ensino secundário (12º ano)

Ensino Tecnológico ou Superior  **Outro:** \_\_\_\_\_

**Profissão exercida:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Solteiro/a

Casado(a)/União de facto

Separado(a)/Divorciado(a)

Viúvo(a)

**Crenças espirituais / religiosas:**

Sem crenças

Com crenças

Religião: \_\_\_\_\_

## ANEXO E

### Escala de Esperança de Herth – HHI-PT

#### **ESCALA DE ESPERANÇA DE HERTH – (HHI-PT)**

Em baixo estão listadas várias afirmações.

Leia cada afirmação e coloque um [X] na caixa que descreve quanto concorda com essa afirmação neste preciso momento

Data \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Tenho uma atitude positiva perante a vida.				
2. Tenho objectivos a curto, médio e /ou a longo prazo.				
3. Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.				
4. Tenho uma fé que me dá conforto.				
5. Tenho uma profunda força interior.				
6. Sou capaz de dar e receber carinho/amor.				
7. A minha vida tem um rumo.				
8. Acredito que cada dia tem potencial.				
9. Sinto que a minha vida tem valor e mérito.				

© 1989 Kaye Herth (1999)

Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana; António Barbosa; Maria dos Anjos Dixe; Ana Querido

## ANEXO F

### Escala de Resiliência – Resilience Mental Help (RMH 22)

#### RESILIENCE MENTAL HELP

MARGARIDA POCINHO & HUGO VAZ

2015

Apresentam-se em baixo algumas expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprios. Lê atentamente cada uma delas e escolhe com que frequência ela descreve a forma como te sentes a maior parte do tempo. Marca um **X** na quadrícula que melhor descreve a forma como te sentes. Não há respostas certas ou erradas.

Afirmações	Por regra, sim	Nunca ou Quase nunca
1. Tenho qualidades que me distinguem positivamente dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho pelo menos uma relação verdadeira, próxima ou segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho o controlo da minha vida e não cedo a pressões seja qual for a situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de mobilizar os recursos necessários para ultrapassar positivamente as adversidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou capaz de tomar decisões impopulares ou difíceis quando acredito serem as mais seguras/ corretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sou capaz de me manter sereno/calmo perante uma situação de stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sob pressão, sou capaz de tomar decisões com confiança e empenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando preciso sei onde procurar ajuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Não me deixo levar impulsivamente pela experiência de uma emoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Na resolução dos problemas prefiro ser eu a liderar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estabeleço, facilmente, relação com as pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Enfrento os períodos de tensão sem me fazer passar por vítima. Eles fazem parte da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Em situação de tensão sou capaz de me manter a pensar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tenho controlo das minhas emoções e dos meus impulsos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Consigo sentir o que uma pessoa sente durante uma experiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Consigo identificar a causa dos problemas e das adversidades presentes numa dada situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Consigo compreender as emoções e sentimentos no outro (estado psicológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Adapto-me às mudanças e recupero rapidamente o equilíbrio psicológico depois de ter sofrido uma perturbação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Adapto-me às mudanças e recupero rapidamente o equilíbrio físico depois de ter sofrido uma perturbação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Acredito que todas as coisas têm um lado positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Acredito que sou capaz de atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que possam surgir não desisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Acredito (Tenho fé) que as coisas podem sempre melhorar, mesmo quando parece que não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO G

### Índice de Qualidade de Vida – EUROHIS-QOL-8



#### EUROHIS-QOL-8

**Instruções** Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

**1. Como avalia a sua qualidade de vida?**

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa
- Muito boa

**2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?**

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

**3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?**

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

**4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?**

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

**5. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?**

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

**6. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?**

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

**7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?**

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

**8. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?**

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)

© Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: IOS Press. 57: 145-163.

Esta versão foi desenvolvida pelo Grupo Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.