

Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Gestão e Economia



***Determinantes da Qualidade de Vida nos utentes
das Unidades de Média Duração e Reabilitação***

José João Pires Granado

Covilhã, Junho de 2010

Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Gestão e Economia



Determinantes da Qualidade de Vida nos utentes das Unidades de Média Duração e Reabilitação

José João Pires Granado

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, realizada sob a orientação da Professora Doutora **Anabela Almeida**, do Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior

Covilhã, Junho de 2010

PENSAMENTO

“Ninguém cometeu maior erro do que aquele que não fez nada, porque só podia fazer muito pouco.”

Edmund Burke

AGRADECIMENTOS

Se me perguntassem, se voltaria a empreender esta aventura, a resposta seria: **SIM**, pela riqueza de informação obtida e pela profunda convicção, que este trabalho pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, por uma equipa multidisciplinar, ao nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Esta é talvez a parte mais difícil de todo este trabalho...., agradecer a todos os que estiveram presentes nesta etapa da minha vida. Não por ser difícil dizer “obrigada” mas sim porque chegou ao fim uma das fases mais importantes e mais felizes da minha vida!

O meu obrigado especial:

- À Professora Doutora Anabela Almeida, pela sua gentileza, dedicação e empenhamento em todo o momento desde a primeira hora tornando possível o desenho metodológico e o desenvolvimento desta investigação. Obrigada pela disponibilidade, simpatia, atenção, estímulo, sugestões, rigor e apoio com que me acolheu e orientou;
- À minha família, a quem este trabalho subtraiu tempo considerável, especialmente filho João e esposa Anabela, pelos momentos ausentes enquanto pai e marido;
- A todos os utentes portadores de doença crónica incapacitante e dependente que sofrem, e que através do seu contributo viabilizaram a realização deste trabalho;
- A todos os profissionais, equipas, parceiros e intervenientes que fazem parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que aceitaram participar e colaborar neste estudo. Sem a sua disponibilidade, autorização e empenhamento, este trabalho não teria sido possível;
- A todos os que, de alguma forma, estiveram presentes neste caminho e que não mencionei, por esquecimento, aqui fica o meu mais profundo e verdadeiro agradecimento;
- A mim. Porque quem corre por gosto às vezes cansa-se... mas nunca desiste!

RESUMO

A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) é um projecto recente, tendo como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Compreende diferentes tipologias de internamento (UC, UMDR, ULDM e UCP), mas principalmente as que se pretendem estudar, são as Unidades de Média Duração e Reabilitação. Com a implementação de um Modelo de Gestão da Doença Crónica, que é a RNCCI, envolvendo parceiros, colaboradores e uma articulação na prestação de cuidados multidisciplinares, pretende-se que contribua e concretize a resposta às reais necessidades em cuidados crónicos, visando a dignidade, o conforto e a qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

A compreensão do universo qualidade de vida dos utentes internados na RNCCI, constitui um campo de investigação, que só terá significado se for estudado no seu contexto histórico, social e cultural, à dimensão regional e pessoal de cada um que vive e sente.

A dimensão subjectiva da percepção do suporte social é a que proporciona maior ou menor nível de satisfação, variável que melhor explica os resultados de saúde. A saúde mental é um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com o meio envolvente, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares. O suporte social, a saúde mental e a qualidade de vida são conceitos fortemente interdependentes.

No contexto dos serviços de reabilitação, é o conceito de qualidade de vida que parece ser mais sensível às intervenções das equipas multidisciplinares. QVRS abrange mais do que ganho de saúde isoladamente, estando também implícitos a prevenção, o atraso da deterioração e a melhoria da função. É um sentimento que se partilha, e do qual emerge a questão central deste estudo: Qual a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde das pessoas com Doença Crónica Incapacitante e Dependente internadas nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da Região Centro?

Objectivos: Face a esta problemática, a presente investigação pretende avaliar a Percepção da Qualidade de Vida da pessoa com Doença Crónica Incapacitante e Dependente, e identificar os factores sócio demográficos, clínicos, psicológicos e situacionais que influenciam os domínios da qualidade de vida, da saúde mental e do suporte social dos utentes internados nas UMDR da Região Centro.

Metodologia: Em termos metodológicos, o presente estudo é considerado quantitativo, não experimental, descritivo, analítico, correlacional, retrospectivo e transversal. Foram incluídos os utentes portadores de doenças crónicas, internados em nove UMDR da região Centro (45% do número total de unidades), no período de 01 de Dezembro 2009 a 28 de Fevereiro 2010,

abrangendo o momento da admissão e/ou com pelo menos 60 dias de internamento. Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo foram, Questionário de caracterização sócio demográfica, Questionário do estado de saúde do Medical Outcomes Study, referido como SF-36, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Inventário de Saúde Mental, conhecido como MHI.

O Questionário foi aplicado junto de uma amostra que totalizou 46 utentes, correspondendo a 28 observações na primeira avaliação (admissão) e à segunda avaliação com 32 observações (≥ 60 dias).

Resultados: Através da análise dos dados destaca-se que, 57,0% dos inquiridos são do género feminino; 72,00% provém do meio rural; 67,45% tem idade acima dos 70 anos; 50,00% são casados; 50,00% vive com a esposa/marido; 36,90% residem no distrito da Guarda; 76,10% possui o 1º ciclo de escolaridade; 91,30% é reformado; 54,35% referem rendimento mensal entre 250 e 400€, 34,80% recebem visitas semanalmente; 45,60% com diagnóstico de doenças do aparelho circulatório; a média de internamento centra-se nos 49,78 dias. Relativamente à colheita de dados, verifica-se que 36,90% dos utentes são da UMDR de Gouveia; 30,45% inquiridos na admissão; 39,10% com ≥ 60 dias da admissão; 30,45% na condição de admissão e ≥ 60 dias de internamento. Constata-se que a média da qualidade de vida global varia entre os momentos avaliativos (109,93 *versus* 118,91); a média da qualidade de saúde mental global (139,82 *versus* 138,94); a média da satisfação com o suporte social global (36,25 *versus* 36,50).

A consistência interna do questionário foi avaliada através do *alfa Cronbach* (0,892), o que indica uma medida de boa fiabilidade.

Conclusões: Conclui-se ainda, que os inquiridos na admissão, valorizam a componente saúde física em 38,68 e a componente de saúde mental com 71,25. Os utentes com ≥ 60 dias de internamento apresentam na componente saúde física, média 41,00, e na componente saúde mental a média 77,91. Obteve-se que o *distress* psicológico (MHIDIST) tem 82,29 de média e o bem-estar psicológico (MHIBEST) apresenta média igual a 57,54, no momento da admissão. No segundo momento avaliativo o MHIDIST é igual a 86,22 e o MHIBEST apresenta 52,72 de média. A satisfação com o suporte social global não apresenta diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

A qualidade de vida global apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género, proveniência, coabitação, habilitações académicas), e variável situacional (suporte social). Em relação à qualidade de saúde mental global, verifica-se que esta apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género e coabitação), variável situacional (frequência

de visitas) e tempo de internamento. Confirma-se que, as variáveis sócio demográficas (idade, rendimento mensal, situação profissional) influenciam a satisfação com o suporte social.

Na análise comparativa dos resultados obtidos do grupo inquirido nos dois momentos de avaliação (14 utentes), constata-se que não existe relação com a qualidade de vida global, qualidade de saúde mental e satisfação com o suporte social. Facto este, que pode estar relacionado com o número reduzido da amostra, pois se duplicasse seria muito provável que já houvesse diferenças significativas.

Embora os resultados tenham revelado alguns determinantes preditores da qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR da Região Centro, é evidente a necessidade de mudanças por parte do poder público e das instituições prestadoras de cuidados de saúde, especialmente no que diz respeito à afectação de recursos humanos, conforto, humanização dos cuidados e valorização da rede social.

Palavras-chave: qualidade de vida relacionada com a saúde; saúde mental, suporte social, doença crónica, cuidados continuados integrados.

ABSTRACT

The National Network of Integrated Care (RNCCI) is a recent project, aimed at the integrated long-term care to people, that regardless of age, are in a situation of dependency. There are various types of hospital admissions (UC, UMDR, ULDM and UCP), but the Units of Medium-Term and Rehabilitation will be the ones researched. With the implementation of a Management Model of Chronic Illness (RNCCI), involving partners, associates and an articulation in the provision of multidisciplinary care, it is intended to contribute and materialize the response to real needs in chronic care, seeking dignity, comfort and quality of life, even in unrecoverable situations.

The understanding of the universe: quality of life of admitted patients in RNCCI, is a field of inquiry that will only be meaningful if studied in its historical, social and cultural context, on a regional and personal level, according to ones' lives and feelings.

The subjective dimension of social support perception is one that provides a greater or lesser degree of satisfaction, a variable that best explains the results of health. Mental health is a dynamic equilibrium resulting from the interaction of the individual with their surroundings, their organic features and their personal and family history. Social support, mental health and quality of life are highly interdependent concepts. This concept arises a shared feeling, from which the central question of this study emerges: How is the Quality of Life Related to the Health of dependent people with disabling chronic diseases and hospitalized in Medium-Term and Rehabilitation Units of the Central Region?

Purposes: In view of this problem, this research intends to assess the perception of the quality of life of dependent people with disabling chronic diseases, and identify the sociodemographic, clinical, psychological and situational factors influencing the domains of quality of life, mental health and social support for UMDR hospitalized users in the Central Region.

Methodology: In terms of methodology, this is a quantitative, non experimental, descriptive, analytic, co relational, retrospective and transversal study. Patients with chronic diseases, admitted to nine UMDR the Central region (45% of the total number of units) from the 1st of December, 2009 to the 28th of February, 2010 were included, covering the time of admission and / or at least 60 days of hospitalization. The instruments for collecting data used in this study were a socio demographic questionnaire; a health status questionnaire from the Medical Outcomes Study, referred to as SF-36; the Satisfaction with Social Support Scale (ESSS); and the Mental Health Inventory, known as MHI.

The questionnaire was applied with a sample totaling 46 users, corresponding to 28 observations on a first assessment (admission) and a second assessment of 32 observations (≥ 60 days).

Results: By analyzing the data we highlight that 57.0% of respondents are female; 72.00% come from rural areas; 67.45% are 70 years old and over; 50.00% are married; 50.00% live with the wife / husband; 36.90% live in the district of Guarda; 76.10% attended only the first cycle of schooling; 91.30% are retired; 54.35% reported a monthly income between € 250-400; 34.80% are visited weekly; 45.60% have a cardiovascular diseases diagnosis; the average hospitalization consists on 49.78 days. For the collection of data, 36.90% of users are from UMDR de Gouveia; 30.45% responded at admission; 39.10% ≥ 60 th days of admission; 30.45% on condition of admission and ≥ 60 days of hospitalization.

The overall quality of life average seems to vary between the times of evaluation (109.93 versus 118.91), the overall quality of mental health average (139.82 versus 138.94), and the average satisfaction with global social support (36.25 versus 36.50). The internal consistency of the questionnaire was assessed by *Alpha Cronbach* (.892), indicating a measure of good reliability.

Conclusions: It is further concluded that the patients at admission value the physical health component in 38.68 and the mental health component with 71.25. Users with ≥ 60 days of hospitalization present on the physical health component an average of 41.00, and on the mental health component an average of 77.91. It was found that the psychological distress (MHIDIST) has a 82.29 average and psychological well-being (MHIBEST) presents an average of 57.54 at the time of admission. In the second evaluation stage, MHIDIST is equal to 86.22 and MHIBEST presents an average of 52.72. Satisfaction with the overall social support did not differ significantly between the two periods.

The overall quality of life is correlated with the social demographic variables (gender, origin, cohabitation, educational qualifications), and situational variable (social support). Regarding the quality of the overall mental health, it appears that this is correlated with the social demographic variables (gender and cohabitation), situational variable (frequency of visits) and time of admission. It is confirmed that the social demographic variables (age, monthly income, employment status) influence satisfaction with social support.

In the results' comparative analysis of the surveyed group in both periods (14 users), it appears that there is no relation to the overall quality of life, quality of mental health and satisfaction with social support. This may be related to the small sample size, since if we doubled the result, we would very likely be able to see significant differences among them.

Although the results have revealed some crucial quality of life predictors of UMDR users, hospitalized in the Central Region, there is a clear that the public authorities and institutions providing health care need to undergo some changes, especially what concerns the allocation of human resources, comfort, care humanization and the appreciation of the social network.

Keywords: quality of life related to health, mental health, social support, chronic illness, integrated continued care.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Artº - Artigo

Dp - Desvio padrão

Dr.^a – Doutora

et al - Mais de um autor

Fig. – Figura

Máx. - Máximo

Min. - Mínimo

nº - Número

p. – Página

p.p. – Páginas

Srº- Senhor

Vol. - Volume

Var. - Variância

X² - Qui-quadrado

% - Por cento

p - Nível de significância

α - Alfa

€- Euro

\bar{X} - Média

t - Teste Student

r - Correlação de Pearson

≥ - Superior ou igual

ABPG - Associação de Beneficência Popular de Gouveia

ANOVA - Análise de variância

AS - Atividades Sociais

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

DC - Dor Corporal

DE - Desempenho Emocional

DF - Desempenho Físico

ECL - Equipa de Coordenação Local

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

EUA - Estados Unidos da América

FACIT - Coleção de questionários de QV desenvolvidos para doenças crónicas

FF - Função Física

FLIC - Questionário utilizado em oncologia para avaliar a eficácia da terapêutica citostática

FS - Função Social

H1 - Hipótese um

ICD - International Classification of Diseases

IN - Intimidade

INE - Instituto Nacional de Estatística

MHI - Mental Health Inventory

MHIBEST - Mental Health Inventory do Bem Estar

MHIDIST - Mental Health Inventory de Distress

MOS 36 - Medical Outcomes Study 36

MS - Mudança de Saúde

NHP - Nottingham Health Profile

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

QL-Index - Medida baseada na observação externa

QLQ - Quality of Life Questionnaire

QOL - Quality of Life

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA - Satisfação com a Amizade

SCM - Santa Casa da Misericórdia

SF - Satisfação com a Família

SG - Saúde Geral

SIP - Sickness Impact Profile

SM - Saúde Mental

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UBI - Universidade da Beira Interior

UC - Unidade de Convalescença

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade para a Missão dos Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

VT - Vitalidade

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization of Quality Life

ÍNDICE

ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XV
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XV
ÍNDICE DE QUADROS.....	XVI
ÍNDICE DE TABELAS.....	XVIII
INTRODUÇÃO.....	1
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1 - QUALIDADE DE VIDA.....	5
1.1 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE.....	7
2 - DOENÇA CRÓNICA INCAPACITANTE E DEPENDENTE.....	14
3 - ESTADOS DEPRESSIVOS VERSUS SAÚDE MENTAL.....	20
4 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL.....	24
5 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	30
5.1 - A TIPOLOGIA DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO.....	34
II PARTE - DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO.....	38
1 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	39
1.1 - QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO.....	39
1.2 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	43
1.2.1 - População em estudo.....	43
1.2.2 - Método de obtenção de dados.....	44
1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	45
1.3.1 - Questionário de Caracterização Sócio Demográfico.....	46
1.3.2 - Questionário MOS SF-36.....	46
1.3.3 - Inventário de Saúde Mental (MHI).....	49
1.3.4 - Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	50
1.4 - PROCEDIMENTOS.....	52
1.4.1 - Procedimentos Estatísticos.....	53
III PARTE - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO.....	56
1.1.1 - Caracterização da Amostra.....	58
1.2- ANÁLISE DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	67
2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	100

3 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO	115
BIBLIOGRAFIA	119
ANEXOS.....	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Conceptual de medição de resultados em saúde	10
Figura 2 - Modelo ecológico (baseado em Góngora 1996).....	19
Figura 3 - Modelo Quadrangular	19
Figura 4 - Relação entre actividade física, aptidão física e saúde	35
Figura 5 - Paradigma simplificado da relação entre actividade física habitual, aptidão física e saúde	35
Figura 6 - Modelo Analítico Geral do Estudo	41
Figura 7 - Modelo Factorial SF 36 com duas componentes	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos segundo o Sexo.....	59
Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos segundo a Proveniência	60
Gráfico 3 - Distribuição dos inquiridos segundo o Estado Civil.....	60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Hipóteses do Modelo Analítico	42
Quadro 2 - Escalas do SF 36	48
Quadro 3 - Número de Camas em UMDR da Região Centro	57
Quadro 4 – Número de camas das UMDR da Região Centro pertencentes à amostra.....	58
Quadro 5 - Estatísticas relativas ao Tempo de Internamento dos inquiridos	64
Quadro 6 - Estatísticas relativas à Escala de Qualidade de Vida dos inquiridos	65
Quadro 7 - Estatísticas relativas à Escala de Saúde Mental dos inquiridos	66
Quadro 8 - Estatísticas relativas à Escala de Suporte Social dos inquiridos.....	67
Quadro 9 - Testes de normalidade de <i>Shapiro-Wilk</i>	67
Quadro 10 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Vida e o género	68
Quadro 11 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Vida e a proveniência	69
Quadro 12 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a idade	70
Quadro 13 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o estado civil	71
Quadro 14 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a coabitação	71
Quadro 15 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o distrito da residência	72
Quadro 16 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e as habilitações académicas.....	73
Quadro 17 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o rendimento mensal	74
Quadro 18 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Vida e a situação profissional .	75
Quadro 19 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o diagnóstico principal.....	76
Quadro 20 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a frequência de visitas.....	77
Quadro 21 - Correlação relacionando a Qualidade de Vida com o Suporte Social	78
Quadro 22 - Correlação relacionando a Qualidade de Vida com o tempo de internamento...	79
Quadro 23 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o género.....	80
Quadro 24 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Saúde mental e a proveniência	80
Quadro 25 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a idade.....	81
Quadro 26 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o estado civil.....	82
Quadro 27 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a coabitação	82
Quadro 28 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o distrito da residência..	83
Quadro 29 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e as habilitações académicas	84
Quadro 30 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde mental e o rendimento mensal	84
Quadro 31 - Teste <i>t de Student</i> relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a situação profissional	85

Quadro 32 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o diagnóstico principal .	86
Quadro 33 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a frequência de visitas ...	87
Quadro 34 - Correlação relacionando a Qualidade de Saúde Mental com o suporte social ...	87
Quadro 35 - Correlação relacionando a Qualidade de Saúde Mental com o tempo de internamento	88
Quadro 36 - Teste <i>t de Student</i> relacionando o Suporte Social e o gênero	89
Quadro 37 - Teste <i>t de Student</i> relacionando o Suporte Social e a proveniência.....	90
Quadro 38 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a idade	90
Quadro 39 - ANOVA relacionando o Suporte Social e o estado civil	91
Quadro 40 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a coabitação.....	91
Quadro 41 - ANOVA relacionando o Suporte Social e o distrito da residência	92
Quadro 42 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a escolaridade.....	92
Quadro 43 - ANOVA relacionando o Suporte social e o valor do rendimento mensal.....	93
Quadro 44 - Teste <i>t de Student</i> relacionando o Suporte Social e a situação profissional	94
Quadro 45 - ANOVA relacionando o Suporte Social e o diagnóstico principal	95
Quadro 46 - ANOVA relacionando o Suporte social e a frequência de visitas.....	95
Quadro 47 - Correlação relacionando o Suporte Social com o tempo de internamento	96
Quadro 48 - Teste <i>t de Student</i> emparelhado relacionando a Qualidade de Vida nos dois momentos avaliativos	97
Quadro 49 - Teste <i>t de Student</i> emparelhado relacionando a Saúde Mental nos dois momentos avaliativos	98
Quadro 50 - Teste <i>t de Student</i> emparelhado relacionando o Suporte Social nos dois momentos avaliativos	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos segundo a Unidade de Média Duração e Reabilitação	58
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos segundo os grupos da colheita de dados	59
Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos segundo a Idade	60
Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a Coabitação	61
Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o Distrito da residência.....	61
Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos segundo as Habilitações académicas	62
Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos segundo a Situação profissional.....	62
Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos segundo o Valor do rendimento mensal.....	63
Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos segundo a Frequência de visitas.....	63
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos segundo o Diagnóstico Principal	64

INTRODUÇÃO

Os conceitos de bem-estar e qualidade de vida (QV) mudaram a partir de meados do século XX. Até aí significavam, apenas, acesso a bens materiais de primeira ordem relacionados com a habitação, a alimentação e a saúde. Actualmente, encontram-se também relacionados com dimensões menos tangíveis, definindo-se globalmente a qualidade de vida como um estado de bem-estar físico, material, mental e social.

De encontro ao contexto supracitado, Pimentel (2006, p.25) expressa que a qualidade de vida relacionada com a saúde *“é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, e pode ser definida de uma forma simples, como constituída pelos componentes que representam a parte da qualidade de vida de um indivíduo relacionada com a saúde (doença e terapêutica), devendo abranger, no mínimo, os seguintes aspectos: sintomas produzidos pela doença ou tratamento, funcionalidade física, aspectos psicológicos, aspectos sociais, familiares, laborais e económicos”*.

A ideia compartilhada é a de que QV é um termo que representa uma forma de explicar subjectivamente o que é viver bem, estar satisfeito ou feliz consigo mesmo e com o mundo ao seu redor. A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é actualmente um objectivo primordial de cada Ser Humano, surgindo como um conceito amplo que abrange diferentes dimensões: bem-estar físico, mental, material e social; percepção geral de saúde; contexto familiar e relações afectivas; condições socioeconómicas e acesso a bens materiais; funcionamento social e exercício de papel social; nível de funcionalidade, mobilidade e autonomia; relacionamentos interpessoais e amizades; apoio e integração social; desenvolvimento e realizações pessoais; competências cognitivas; actividades de lazer e ocupação de tempos livres; sentido de segurança e de dignidade pessoal.

Os cuidados de saúde adquirem então uma complexidade crescente, exigindo cada vez mais das equipas de saúde. Existe uma mudança profunda dentro das estruturas organizacionais da saúde que engloba não só a evolução tecnológica e novas filosofias de prestação dos cuidados, como também novas formas de gestão das doenças crónicas incapacitantes e dependentes.

Mesmo com os esforços no âmbito nacional e internacional para o avanço da compreensão da qualidade de vida relacionada com a saúde, permanece a questão de uma relativa imprecisão conceptual (Neto, Araújo & Curado, 2001).

No sentido de facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar resposta coerente e

integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) abrangendo unidades com diferentes tipologias.

De acordo com a Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) (2009, p.18) “*para implementar e coordenar a RNCCI, foi criada a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados que, para cumprimento da sua missão, assume a articulação entre os diversos intervenientes e parceiros e, também a elaboração e proposta de planos e normas para o desenvolvimento e melhoria da Rede*”.

No mesmo sentido, define-se que “*um sistema de medida de estado geral de saúde, bem desenvolvido e bem implementado pode fornecer informações importantes, que ajudarão a identificar métodos mais eficientes e eficazes que podem ser aplicados nos programas de reabilitação*” (Dornelas, Gonçalves, Marinho, Maciel & Galindo, 2006, p.122).

Para a Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2009, p.72) a criação da RNCCI “*é prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho de Europa (1998) para a necessidade de atender e proteger a dependência*”.

Ao abordar e analisar a tríade, RNCCI, Doença Crónica Incapacitante e Dependente, e QVRS, expressa-se a opinião de que, com a aplicação e implementação de um programa de saúde visando a pessoa com dependência e monitorizando a sua qualidade de vida, consegue-se fazer uma gestão da doença crónica.

Caetano (2004, p.211) refere que “*a complexidade de um programa de gestão da doença crónica torna esta necessidade numa exigência*”. E conclui, “*(...) nesta matéria concorrem diversos intervenientes que devem agir em conjunto e sempre no mesmo sentido*”.

Assim, o tema escolhido para a realização deste estudo, prende-se em primeiro lugar com as inquietações que surgem enquanto profissional da saúde e, também, pela actualidade e pertinência que a problemática dos cuidados continuados recentemente implementada apresenta na vida das pessoas portadoras de doença crónica incapacitante e dependente.

Sabendo que, com o surgir deste novo modelo de prestação de cuidados de saúde, se caminha a passos largos para a humanização dos cuidados, na qual a pessoa com doença crónica se encontra no “*centro das atenções*”, e com a necessidade de intervenção das diferentes áreas da saúde, é necessário demonstrar que o utente receptor de cuidados de saúde melhora a sua qualidade de vida.

Segundo Fortin (1999), o objectivo de um estudo indica o “*porquê*” da investigação, devendo ter em conta determinadas características, isto é, por um lado deve ser um enunciado

declarativo, que precisa o rumo da investigação; por outro lado, deve precisar as variáveis chave, a população alvo e o tipo de investigação a empreender.

Usufruir de cuidados de saúde de qualidade é algo a que o cidadão deve ter direito, e no qual se investe para garantir esse direito. Sendo os Cuidados Continuados um caminho futuro para a excelência na prestação de cuidados de saúde, o objectivo geral deste estudo de investigação, não deixaria de ser, senão – **Avaliar a Percepção da Qualidade de Vida da pessoa com Doença Crónica Incapacitante e Dependente internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da região Centro.**

Com o intuito de contribuir para melhor se alcançar os princípios da eficiência e eficácia na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta a qualidade de vida da pessoa com doença crónica, estipula-se os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar sócio demograficamente a pessoa internada nas UMDR da região Centro;
- Medir a percepção do estado depressivo da pessoa internada nas UMDR da região Centro;
- Determinar o nível de qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa internada nas UMDR da região Centro;
- Comparar a percepção do estado de saúde da pessoa internada nas UMDR da região Centro em dois períodos (admissão e ≥ 60 dias de internamento);
- Avaliar a Satisfação com o Suporte Social da pessoa internada nas UMDR da região Centro.

Na sequência dos objectivos delineados, surge o presente estudo de investigação que se encontra organizado em três partes distintas e simultaneamente interligadas. A primeira parte pretende efectuar a revisão bibliográfica que sustenta a justificação da realização deste estudo. A segunda parte engloba todos os procedimentos e conteúdos inerentes ao estudo empírico baseado na *praxis*. A terceira parte servirá para se apresentar e discutir os resultados obtidos, com as respectivas limitações.

A finalizar, são desenvolvidas algumas conclusões e sugestões quanto a estudos futuros a realizar nesta área e implicações práticas para todos aqueles que estão de alguma forma ligados à RNCCI. O percurso efectuado nesta investigação terminará com a apresentação da bibliografia e anexos, que se considera ser importante incluir para melhor se compreender a investigação efectuada, assim como os documentos referentes ao pedido de autorização para aplicar o questionário.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida (QV) é um tema de importância e interesse crescentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde. O desenvolvimento cada vez maior de doenças crónicas na população exige que se consiga proporcionar aos indivíduos a manutenção da sua vida activa, o que adquire um significado especial na população idosa por todas as dificuldades e limitações que lhe são inerentes.

Para Ramos (2003, p.794) “*o envelhecimento saudável passa a ser a resultante da interacção multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica*”.

Numa sociedade em que a esperança média de vida é cada vez maior, associada a um aumento do número de pessoas idosas, torna-se cada vez mais importante conhecer o ciclo de envelhecimento, o modo como a maioria das pessoas envelhecem, quem cuida delas nesta última fase da vida, ou seja, a sua qualidade de vida.

Segundo Vilar e Salgado (2004) a expressão QV foi empregue pela primeira vez em 1964, pelo então Presidente dos EUA, Lyndon Johnson, ao declarar que os objectivos não podem ser medidos através dos balanços dos bancos, mas sim pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas.

Mesmo não havendo consenso sobre como definir a QV, parece haver aspectos partilhados por muitos autores. Contudo, para Seild e Zannon (2004), o termo QV surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930.

A Constituição da República Portuguesa, também, logo no seu início, na secção Princípios Fundamentais, artigo 9º (Tarefas fundamentais do Estado), também refere que “*são tarefas fundamentais do Estado*”, entre outras, na alínea d) “*Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais*”.

No entanto, o conceito de QV subjectiva foi introduzido na área da saúde durante a década de 80 do século XX, com o principal objectivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Paredes, Simões, Canavarro & Serra, 2008).

Assim, o estudo da QV tornou-se tão importante que a maioria das pessoas concorda que é um objectivo para o indivíduo e para a sociedade. No entanto, a QV, enquanto valor

social atribuído à duração da vida em função das oportunidades, percepções, estado funcional e limitações, parece ser considerada indissociável da saúde, implicando que a sua promoção permaneça como um dos principais objectivos das políticas governamentais.

Ferreira (1998, p.17) afirma que *“QV é a percepção, única e pessoal de vida, marcada por muitos factores inter-relacionados, como a situação sócio -económica, o clima político, os factores ambientais, a habitação e a educação”*.

Para Vilar e Salgado (2004) não existe uma relação directa entre saúde e QV, uma vez que a QV associada à saúde comporta vários aspectos, tais como a família, amigos, aspectos económicos, o estado psicológico, a adaptação e o sentimento de segurança face ao tratamento.

Segundo Seidl e Zannon (2004, p.582) citando Gill, Alvan e Feinstein (1994), realizaram uma revisão teórica acerca da forma como a QV se encontrava a ser mensurada e definida no âmbito da saúde, constatando que *“somente 15,0% dos trabalhos apresentavam uma definição conceptual do termo e que 36,0% explicitavam as razões para a escolha de determinado instrumento de avaliação”*, assim como, o facto de existir falta de clareza e de consistência quanto ao significado do termo e à mensuração da qualidade de vida.

Ao longo dos tempos vão surgindo novos conceitos e diferentes opiniões, *“qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”* (Minayo, Hartz & Buss, 2008, p.8).

Quando se ouve a expressão QV, pode ter-se uma ideia conceitual sobre ela, mas defini-la não tem sido tarefa das mais fáceis. Para Araújo (2000, p.195) *“ a classificação de uma QV boa ou ruim está directamente relacionada à maneira do indivíduo entender o sentido da vida”*. A questão da QV passa pelas expectativas (baixas ou altas) das pessoas em relação à sua vida e à sua saúde.

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (1994), citado por Vilar e Salgado (2004, p.35), define QV como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Tal definição considera que o significado de QV vai muito para além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais, para a qualidade de vida subjectiva.

A QV está mediatizada por uma série de variáveis, entre elas, o sexo. A literatura científica indica que a qualidade de vida nas mulheres é mais negativa do que nos homens, estando relacionada com variáveis da personalidade e variáveis situacionais distintas.

Para Orsini e Oliveira (2008, p.6) os *“factores que mais se relacionam com a qualidade de vida são o desempenho funcional nas actividades de vida diária, depressão e questões psicossociais como o suporte social, relacionamentos sociais do doente, participação em actividades de lazer e retorno ao trabalho”*.

Ribeiro (2009) esclarece que a QV possui algumas propriedades que a caracterizam, ou seja, é multifactorial (considera várias dimensões), é uma variável baseada na percepção pessoal, varia com o tempo, é subjectiva (baseia-se em aspectos imateriais).

Renaud (2009) reflecte que se a QV é idêntica ao valor da vida, então uma vida sem qualidade seria uma vida sem valor. A mesma autora expressa que o sentido da vida, o valor da vida e a QV, tecem então entre eles uma relação íntima e profunda quando se medem pelo conteúdo do comportamento bom.

Não existe uma fórmula para alcançar um padrão de QV considerado ideal para todos, contudo alguns aspectos gerais parecem contribuir para se estruturar uma forma pessoal de se viver com mais harmonia.

Renaud (2009, p.94) define QV de forma muito clara *“a vida tem valor porque somos capazes de viver o seu valor; e somos capazes de lhe dar o seu valor porque, antes de nós, ela tem valor em si”*.

Assim, QV envolve vários aspectos, entre os quais a satisfação geral com a vida, avaliação do bem - estar social, físico, económico e espiritual. Desta forma, é o indivíduo que deve definir o que é para si QV, porque o que é valorizado por uma pessoa pode não ser por outra.

Neste contexto, *“o rendimento, medido de forma indirecta pelo tipo de profissão, outro factor importante de restrição do acesso ao leque de bens e de serviços que possibilitam a melhoria do estado de saúde”* (Ferreira & Santana, 2003, p.16).

Muitos têm sido os investigadores a debruçar-se sobre o conceito de QV. Embora se verifique alguma controvérsia nas diversas abordagens a este conceito, no entanto, muitos pontos são comuns, que guardam entre si uma relação de complementaridade: QV e qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).

1.1 - QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Para se construir um modelo conceptual que permita medir os resultados em saúde é importante clarificar alguns conceitos no âmbito da saúde, tais como estado de saúde, QV e QVRS.

Segundo Ferreira (1998, p.18) “*os dois principais objectivos da medição de resultados na prática clínica são, por um lado, quantificar os progressos dos doentes e, implicitamente, a eficácia de um determinado tipo de cuidados e, por outro lado, comparar a eficácia de um tratamento com outro*”.

A QVRS (*health-related quality of life*) é um termo que tem sido utilizado muitas vezes como sinónimo de qualidade de vida (*quality of life*) ou estado de saúde (*perceived health status*).

Pimentel (2003, p.105) ao analisar o conceito de saúde desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 1948, “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença*”, concluiu que a base de QV estava já praticamente desenvolvida.

A avaliação da QV, da QVRS ou do estado de saúde percebido em indivíduos com doenças crónicas tem sido objecto de investigação na área da saúde, sendo considerada como importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas.

Referindo Dornelas *et al* (2006, p.122) “*o estado de saúde é um termo comumente usado para caracterizar o comportamento dos aspectos de saúde, sendo uma medida de funcionalidade e bem-estar. As categorias de saúde geralmente afectadas são a função física, a função social, a auto percepção de saúde e bem-estar*”.

Já Patrick e Erickson (1993), citados por Seidl e Zannon (2004), consideram que a QVRS refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde e que são significativos para a sua qualidade de vida.

De acordo com Minayo *et al* (2000, p.15) a qualidade de vida em saúde analisada de forma mais focalizada “*coloca a sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbilidade*”.

Interessados na clarificação desses conceitos, Smith, Avis e Assmann (1999) citados por Seidl e Zannon (2004), investigaram a importância de três grandes dimensões: saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social, sobre a percepção da QV e do estado de saúde em 12 estudos que trabalharam esses indicadores, com amostras de pacientes portadores de problemas crónicos (Cancro, Hipertensão, Sida, entre outras). Revelaram que a dimensão da saúde mental/ bem-estar psicológico obteve maior poder de predição no âmbito do *score* da QV. No lado oposto, a dimensão funcionamento físico influencia fortemente a percepção do estado de saúde.

Há duas tendências quanto à conceptualização do termo na área de saúde: uma das tendências conceptualiza QV como subjectiva ou QV percebida pelas pessoas, e a outra como um conceito amorfo, não consensual, com múltiplas aplicações nas mais diversas disciplinas.

No entanto, a QV caracteriza-se pela sua subjectividade e multidimensionalidade (Campolina & Ciconelli, 2006).

Ribeiro (2009), citando Hermann (1995), define qualidade de vida relacionada com a saúde como o impacto da doença e do tratamento no doente. Expressa ainda que, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde relacionam-se, mas a primeira tem um sentido mais amplo enquanto a segunda se refere aos aspectos da qualidade de vida que estão directamente relacionados com a doença e tratamento.

A QV de uma pessoa não pode ser considerada, naturalmente, apenas pela via da saúde. Araújo (2000), citando Cramer e Spilker (1998), delimita a QV em dois tipos: qualidade de vida não relacionada à saúde, que inclui quatro domínios (interno pessoal, pessoal social, meio ambiente natural externo, meio ambiente social externo) que dependem de factores individuais, e a QVRS que representa a parte da QV ligada directamente à saúde do indivíduo.

Em suma, constata-se que a QV é um conceito que abarca muitos componentes que não estão relacionados com a saúde de um indivíduo e, conseqüentemente, são exteriores ao âmbito dos cuidados de saúde. Neste sentido, a maioria dos autores preferem falar em qualidade de vida relacionada com a saúde.

Para Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) citados por Minayo *et al* (2000, p.12), a expressão de qualidade de vida relacionada com a saúde *“é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, tratamentos; e a organização política e económica do sistema assistencial”*.

Para Pimentel (2006, p.29) a QVRS *“é um conceito multidimensional, que traduz o bem-estar subjectivo do doente, nas vertentes físicas, psicológicas e sociais, as quais se subdividem noutras dimensões”*. O mesmo autor refere que podemos distinguir dois tipos de medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde, os instrumentos genéricos e os específicos. Portanto, são conhecidos, testados e validados um vasto leque de instrumentos aplicados com a finalidade de avaliar a QVRS.

Afirma-se que a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é uma prática importante e fundamental na avaliação de determinadas populações de utentes para observar o sucesso ou não de terapias e, para isso, devem ser utilizados instrumentos apropriados e rigorosos. Segundo o Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI (2010, p.16) *“a área da qualidade é assegurada pelo cumprimento de objectivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos”*.

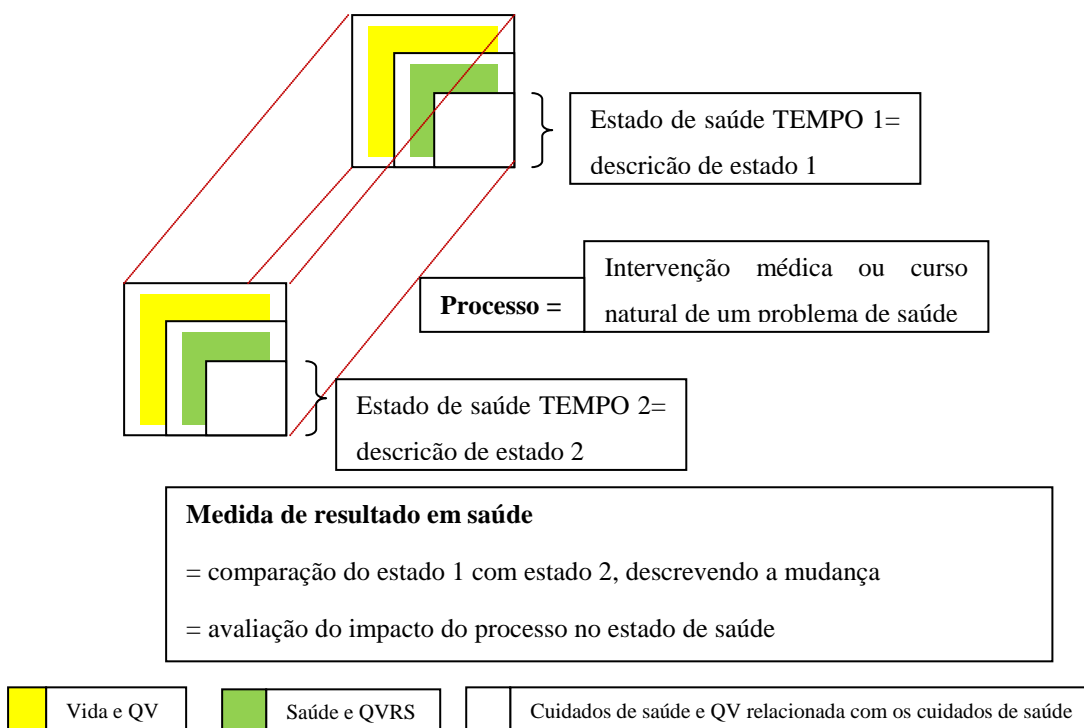
Desta forma, têm vindo a ser implementadas acções que visam a melhoria contínua, assumindo particular importância as visitas de acompanhamento realizadas pelas Equipas de Coordenação Local (ECL) e a avaliação externa da qualidade (Equipas de Melhoria da Rede).

Para a RNCCI (2010) toda a avaliação das unidades de internamento é uma mais-valia para a gestão dos cuidados de saúde visando a QV dos utentes beneficiários da prestação de cuidados de saúde. Assim, quando falamos em gestão dos cuidados de saúde, retratamos a prestação de cuidados aos utentes, a organização e funcionamento da Unidade de Internamento ao nível da melhoria, recursos humanos, instalações e equipamentos, garantia da qualidade, medicação, segurança das instalações e controlo de infecção e gestão de resíduos.

É visível no Relatório de monitorização da RNCCI (2010, p.20) que “o grau de cumprimento dos critérios de qualidade estabelecidos nos diferentes grupos que constituem a parte de organização e funcionamento apresenta um grau de cumprimento de 78%”.

Dentro deste contexto, as medidas que permitem a tomada de decisões com base nas preferências por estados de saúde e a realização de análises económicas baseadas na perspectiva dos utentes são as medidas de utilidade. Estas elevam a qualidade de vida ao patamar de principal e essencial para os sistemas de saúde do novo milénio. (Campolina & Ciconelli, 2006).

Figura 1 - Modelo Conceptual de medição de resultados em saúde



Fonte: Ferreira (1998, p.19)

A avaliação da QVRS é realizada quando o objectivo é monitorizar a saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, além de avaliar os efeitos do tratamento, como é observável na figura 1.

Segundo Pimentel (2006, p.103), os instrumentos genéricos “*são desenhados para se usarem, quer em populações saudáveis, quer em populações doentes (heterogéneas no que diz respeito a patologias). Estas medidas focam-se em variáveis básicas do Ser Humano tais como o bem-estar emocional e habilidade para funcionar todos os dias.*” Este autor identifica alguns instrumentos genéricos, tais como, o SF 36 (Medical Outcomes Study 36); o SIP (Sickness Impact Profile); o NHP (Nottingham Health Profile); WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument).

As medidas genéricas do estado de saúde envolvem dimensões mais abrangentes de QV, por exemplo, funcionamento físico, cognitivo, social, saúde mental, dor, satisfação, entre outras. São concebidas para serem aplicadas numa grande variedade de populações e não são específicas de uma doença ou grupo etário. Permitem aos investigadores comparar a saúde de doentes que diferem quanto ao diagnóstico e severidade da doença, e comparar mudanças no estado de saúde ao longo do tempo entre diversos grupos.

Orsini e Oliveira (2008, p.3) demonstra que “*as escalas genéricas podem ser usadas na população geral para avaliar uma larga faixa de domínios e permitir comparações entre diferentes condições ou doenças*”. Os mesmos autores exemplificam e definem alguns instrumentos para avaliação da QV:

Medical Outcomes Study 36- Item Short Form (SF-36) – é um instrumento genérico de avaliação da QV, de fácil aplicação e compreensão, sendo multidimensional, formado por 36 itens englobados em 8 escalas ou componentes. Nos estudos de QVRS as suas medidas são consideradas “padrão de ouro”;

The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) – é um instrumento de avaliação da QV, abrangendo seis domínios da QV (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, aspectos do meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais - WHOQOL-100). Também existe em versão abreviada (WHOQOL-Bref, composto por quatro domínios);

Sickness Impact Profile (SIP) – é uma medida do estado geral de saúde que avalia o seu impacto no comportamento;

Nottingham Health Profile (NHP) – é um instrumento genérico de avaliação de QV, desenvolvido originalmente para avaliar a QV em pacientes portadores de doenças crónicas. Trata-se de um questionário auto administrado, constituído por 38 itens, organizados em seis

categorias que englobam nível de energia, dor, reacções emocionais, sono, interacção social e habilidades físicas.

Os instrumentos específicos de doença focam temas mais relevantes para as preocupações dos doentes e têm capacidade de detectar alterações pequenas, mais clinicamente importantes, no estado de saúde. Têm utilidade para seguir o curso de uma doença crónica, no entanto, não permitem comparações entre amostras com situações diversas.

De acordo com Orsini e Oliveira (2008, p.3) *“as escalas específicas focam em problemas específicos de uma determinada doença e são indicadas para um ensaio no qual uma intervenção específica está a ser avaliada”*. Exemplifica com a AVE (Escala Específica de QV no Acidente Vascular Encefálico) e a SS-QOL (Escala de QV em doentes com AVE e Afasia).

Abordando Pimentel (2006, p.108) *“os instrumentos de avaliação específicos avaliam certos estados e preocupações de pacientes com uma determinada doença”*. Este tipo de instrumentos tem como objectivos obter dados relevantes do curso de qualquer doença, optimizando a QV dos pacientes e familiares. O mesmo autor identifica alguns instrumentos específicos utilizados para a avaliação da QV, tais como o QLQ-C30 (questionário específico para doentes com cancro), o FACIT (coleção de questionários de QV desenvolvidos para doenças crónicas), o QL-Index (medida baseada na observação externa) e o FLIC (questionário utilizado em oncologia para avaliar a eficácia da terapêutica citostática).

Como já foi possível constatar pela reflexão sobre a QVRS, é necessário ter em atenção as várias perspectivas e os múltiplos critérios, pois os instrumentos de avaliação de QV permitem explorar o impacto de uma doença sobre a vida dos utentes. Avaliam aspectos como as disfunções e os desconfortos físicos e emocionais, identificando utentes que necessitam de cuidados particulares ou tratamento médico.

Para Seidl e Zannon (2004, p. 583) *“os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde tendem a manter o carácter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitual recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados pela doença”*.

Tendo aplicado o SF-36 para avaliar a QV e percepção da doença em portadores de hipertensão arterial, observaram que *“na análise dos diferentes domínios da escala de qualidade de vida, o maior comprometimento ocorreu no estado geral de saúde e dor, considerando-se as médias inferiores a 60 pontos”* (Brito, Araújo, Galvão, Moreira & Lopes,

2008, p.935). Os mesmos autores referem que os outros domínios apresentavam valores ou QV comprometida, uma vez que os índices eram considerados baixos.

Verificando-se um comprometimento em todos os níveis da escala SF-36, sugere que a hipertensão arterial devido à sua cronicidade, pode influenciar a qualidade de vida do indivíduo (Brito *et al*, 2008).

Ganho de saúde pode ser definido como aumento dos anos de vida ou aumento da QV sem necessariamente a prolongar. No contexto dos serviços de reabilitação, é o conceito de qualidade de vida que parece ser mais sensível às intervenções dos serviços. Contudo, a sua mensuração é complexa. QV abrange mais do que ganho de saúde isoladamente, estando também implícitos a prevenção, o atraso da deterioração e a melhoria da função.

Neste sentido, a utilização de diferentes instrumentos de avaliação e monitorização dos cuidados prestados e das características dos próprios utentes, contribui para que a gestão dos cuidados de saúde e dos respectivos recursos existentes influenciem de forma positiva o bem-estar do utente, permitindo maior rentabilização, eficiência, eficácia e garantia da qualidade.

Para a UMCCI (2009, p.100) *“as perspectivas do indivíduo, suas crenças, atitudes, emoções, hábitos de vida, motivações e expectativas podem constituir obstáculos à sua recuperação”*.

A avaliação global e funcional é um método de diagnóstico que aborda a área médica, psico-social e motora, tendo como objectivo detectar precocemente deficiências potenciais, traçar tratamentos terapêuticos adequados e monitorar a progressão da perda funcional a longo prazo. A capacidade de fazer comparações entre grupos tem o potencial de aumentar o conhecimento de doenças crónicas, testar novos protocolos que não são específicos de determinada doença e tomar decisões de interesse público.

2 - DOENÇA CRÓNICA INCAPACITANTE E DEPENDENTE

Propor uma definição de doença e saúde não é tarefa fácil, pois são conceitos extremamente complexos. Para Albuquerque (2004, p.1) “*saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança*”.

O Plano Nacional de Saúde Português 2004-2010 alerta para o flagelo do envelhecimento da nossa sociedade actual, dado que, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e o número de doentes portadores destas doenças tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta.

Também o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2010) refere que em 31 de Dezembro de 2009 a população residente em Portugal foi estimada em 10 637 713 indivíduos, dos quais 5 148 203 homens e 5 489 510 mulheres. Em resultado destas alterações e para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento aumentou de cerca de 116 para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens (102 em 2000).

A doença crónica atinge milhões de pessoas de todas as idades (apesar da maior incidência e prevalência se verificar entre os mais idosos). Sousa, Mendes e Relvas (2007, p.19) expressam que “*a doença crónica acontece, também, aos membros da família que vivem angustiados com a gestão e evolução da doença e com o doente*”.

Para Ramos (2003) o facto da maioria das pessoas ser portadora de, pelo menos, uma doença crónica, nem todas ficam limitadas por essas doenças, e muitas levam a vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressam satisfação com a vida.

Assim, o conceito clássico de saúde da OMS apresenta algumas lacunas para descrever o universo de saúde das pessoas, já que a ausência de doenças é um privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças.

Numa tentativa de explicar essas mudanças, foram elaboradas várias teorias que tiveram em conta mecanismos identificados anteriormente, pelo que serão abordadas algumas dessas teorias de forma sucinta.

Teoria genética: Berger e Poirier (1995, p.100) referem que para esta teoria, as “*...transformações do sistema imunitário poderiam depender de causas genéticas*”.

Teoria do desgaste: esta teoria esclarece que com o uso o organismo humano deteriora-se gastando-se lentamente, acontecendo assim o envelhecimento (Berger e Poirier, 1995).

Teoria da actividade: relaciona as actividades sociais e a satisfação na vida. Berger e Poirier (1995, p.104) relatam que “... *um idoso deve manter-se activo se quer obter mais satisfação na vida e se quer manter a sua auto-estima e conservar a saúde*”.

Teoria da desinserção: demonstra Berger e Poirier (1995, p.104) “... *que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade*”.

Teoria da continuidade: para Berger e Poirier (1995, p.105) o envelhecimento explica a teoria da continuidade, faz parte do ciclo de vida, “... *o idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos durante a sua vida*”.

Teorias do desequilíbrio gradual: Farinatti (2002, p.33) expressa que estas teorias “*concentram a sua atenção no funcionamento de certos sistemas corporais, importantes para a regulação do funcionamento dos demais sistemas*”. A diminuição do potencial imunológico torna todas as estruturas do corpo mais vulneráveis a doenças crónicas.

Brito *et al* (2008) afirmam que numa doença silenciosa, que não apresenta sinais visíveis e que, portanto, não seria associada pela população à incapacidade física para o trabalho, pode ocorrer uma diminuição do limite entre o “estar doente” e o “estar com saúde” pelo facto dos indivíduos manterem as suas posições quotidianas até surgirem as complicações. Assim, as limitações físicas, psicológicas ou sociais decorrentes das doenças silenciosas, podem comprometer a QV dos utentes.

Por vezes a pessoa com doença crónica limita o seu espaço a actividades quotidianas, através da sua criatividade e persistência, procurando mudar o seu estilo de vida e adaptação social.

A cronicidade de uma doença é indicadora de evolução prolongada e permanente, afectando o indivíduo sob as mais variadas formas. Assim, abrange o auto conceito, auto estima, relações sociais e até à sua independência.

Segundo Brito *et al* (2008, p.936) “*a condição crónica de saúde pode levar a diversas perdas nos relacionamentos sociais, nas actividades de lazer e de prazer, conduzindo ao comprometimento da QV*”.

As doenças crónicas caracterizam-se, assim, por não terem cura e serem de longa duração, o que força as pessoas a aprenderem a gerir a sua doença que carece de cuidados contínuos, cuidados estes planeados e praticados em colaboração com a equipa de profissionais de saúde, que acompanha este percurso para uma melhor QV.

De acordo com a WHO (2002), as doenças crónicas têm em comum algumas características que são inquietantes:

- ✓ Estão a aumentar em todo o mundo e nenhum país está isento do embate económico e social ocasionado por estas;
- ✓ Representam uma séria preocupação e desafio para os actuais sistemas de saúde no que diz respeito à eficiência e efectividade e incitam à capacidade organizativa dos mesmos;
- ✓ Ocasionam sérias consequências económicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos de saúde em cada país;
- ✓ Só diminuirão quando os líderes dos governos, e da saúde em particular, proclamarem mudanças e inovações.

Groves e Wagner (2005), evocam a importância que as doenças crónicas adoptam no quadro da saúde a nível mundial, sendo já vistas actualmente como a principal causa de morte e de incapacidade em todo o mundo. Citam ainda dados da WHO (2003) que anunciam que as doenças de declaração não obrigatória, nomeadamente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, presentemente são responsáveis por 59% dos 57 milhões de mortes que acontecem anualmente e por 46% do peso global de doença.

Com este aumento impetuoso, prevê-se que no ano 2020, 80% do peso global de doença nos países em desenvolvimento resulta de problemas crónicos. Os países com baixos rendimentos são os que mais contribuem para o aumento das doenças crónicas.

De acordo com Bugalho e Carneiro (2004) é de crer que o choque económico a nível mundial das doenças crónicas vá continuar a crescer até 2020, altura em que figurará 65% das despesas da saúde em todo o mundo. Por outro lado, o avanço, a adopção de estilos de vida menos saudáveis tem contribuído para o aumento de doenças.

Brito *et al* (2008) evidenciam que a noção geral de doença está relacionada com a impossibilidade de andar e de trabalhar, pois estar doente é ficar impossibilitado de exercer as actividades de vida diária, sendo esta forma de perceber a doença associada à incapacidade física para o trabalho, uma das dificuldades para o seu tratamento.

No caso das doenças crónicas em geral e, em particular, de algumas destas doenças de elevada e crescente prevalência como o Acidente Vascular Cerebral, a luta contra os seus efeitos adversos carece, para ser eficaz, de programação global nacional (Via verde do AVC).

A UMCCI (2009, p.12) considera que “*dependência funcional é o termo que define a perda de autonomia de um indivíduo para desempenhar, sozinho, actividades de vida diária, requerendo o auxílio de outrem para, por exemplo, subir escadas, cuidar da sua higiene pessoal, vestir-se ou alimentar-se*”.

Segundo Orsini e Oliveira (2008, p.6) “ *o nível de independência funcional ou recuperação motora, apesar da sua relação com a qualidade de vida, não podem ser considerados separados dos outros aspectos*”.

A QV e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associadas a questões de dependência – autonomia, sendo importante distinguir os “efeitos da idade”.

No estudo de avaliação da QV e bem -estar dos idosos, constataram que o aumento da dependência cresce com a idade, tal como as mulheres apresentam valores de incapacidade superior (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Farinatti (2002, p.129) expressa que “ *a entrada na velhice depende de vários aspectos que ultrapassam os limiares da mera cronologia. Cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade. A velhice é construída paulatinamente, para o que concorrem variáveis biológicas e sociais*”.

Para Ramos (2003, p.797) “ *o desafio maior do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconómico e educacional baixos, e uma elevada prevalência de doenças crónicas e incapacitantes*”.

No contexto das doenças crónicas, é fundamental que o doente participe no processo de decisão ou nos níveis de acção, pois, dessa forma, o cuidado de saúde tornar-se-á mais efectivo e eficiente. Os enfermeiros têm a responsabilidade importante na educação dos doentes sobre os seus problemas de saúde, auto cuidado e prevenção.

São inúmeros os autores a afirmar que a responsabilidade do cuidar de pessoas com doenças crónicas recai sobre si e sua família, em que o enfermeiro desempenha um papel importante na orientação, educação, aconselhamento, *feedback* e gestão do processo.

Mendes (2005, p.46) relata que “ *os doentes no seu trabalho de gestão da doença crónica vão mais além de um trabalho de cuidados definidos, já que têm também que gerir as consequências da doença sobre a sua organização de vida, suas relações com os outros e até certo ponto com eles próprios*”.

A doença crónica implica uma reestruturação, uma vez que as pessoas e os seus familiares têm que aprender a viver e a gerir a situação de doença. Quando esta surge, os cuidados básicos necessários são no âmbito da manutenção da vida e compreensão da sua nova situação.

Num estudo sobre o auto -cuidado a pessoas com doença crónica, demonstram que “ *os cuidados que vão ao encontro das necessidades dos clientes passam por uma compreensão das suas prioridades e o respeito das suas decisões e opiniões*” (Novais, Conceição, Domingos & Duque, 2009, p.37).

É então, importante que se valorize a perspectiva de QV por parte do doente e não desempenhar os cuidados em função de como os profissionais de saúde assumem a QV para este.

Cada vez mais se sente uma enorme necessidade de promoção de cuidados, cuidados estes partilhados entre médicos, enfermeiros e outros profissionais, e como alvo principal de atenção a própria pessoa com doença crónica, a sua família ou os cuidadores informais.

Os desafios das próximas décadas implicam a preparação de equipas multidisciplinares preparadas com meios técnicos, recursos humanos e um modelo organizacional, capazes de responder às necessidades de saúde da população, apoiadas em normas de orientação clínica baseadas em evidência, com interesse pela pessoa. Para isto é necessário um novo paradigma de concepção e organização de cuidados de saúde, isto é, um modelo de cuidados crónicos.

É essencial criar medidas de desenvolvimento, projectos e programas que passem estrategicamente por áreas cruciais como a informatização, a própria formação dos profissionais, o uso adequado das ferramentas de gestão, a reorganização dos cuidados de saúde a prestar.

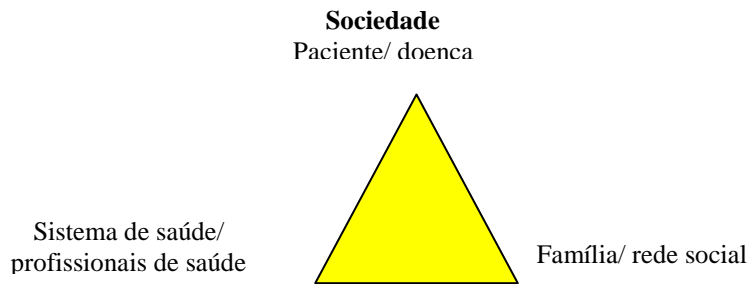
Por esta razão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziu em 2002 um relatório intitulado *Cuidados Inovadores para as Doenças Crónicas – componentes estruturais de acção*, com a finalidade de despertar quem tem o poder de decisão sobre a indispensabilidade de se inserirem mudanças na saúde que possibilitem encontrar soluções que levem a uma gestão adequada dos problemas resultantes das patologias crónicas.

A intervenção perante as doenças crónicas requer adequada acção médica, mas exige, igualmente, que o doente e o seu contexto familiar saibam incorporar na sua vida, de modo adequado, esta nova circunstância.

Para Sousa *et al* (2007, p.20) “*torna-se, então indispensável desenvolver programas de apoio a doentes crónicos e suas famílias que facilitem a adaptação familiar à doença crónica*”.

A gestão desta problemática das doenças crónicas tem que se basear em modelos biopsicossociais que permitam a compreensão e a intervenção dos profissionais de saúde. Partindo do modelo ecológico (baseado em Góngora, 1996) (Fig.2), mas assumindo que cada profissional tem um papel diferenciado na intervenção biopsicossocial, deve-se envolver a família e todas as relações existentes num sistema de saúde (doente e doença).

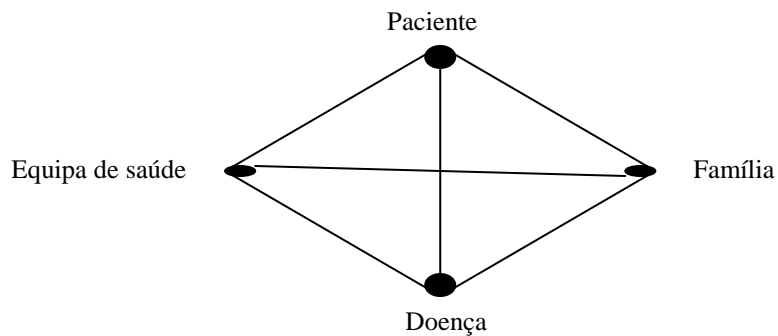
Figura 2 - Modelo ecológico (baseado em Góngora 1996)



Fonte: Sousa *et al* (2007, p.26)

Contudo, a partir da necessidade de compreender e intervir no âmbito das doenças crónicas, surge o modelo quadrangular que adiciona a doença como quarto elemento (Fig.3). Assim, para Sousa *et al* (2007) começa-se a reconhecer que a tipologia psicossocial e as fases da doença têm implicações para os serviços de saúde, para a relação dos doentes e familiares com os profissionais de saúde e para a organização dos serviços.

Figura 3 - Modelo Quadrangular



Fonte: Sousa *et al* (2007, p.68)

O carácter crónico da doença acarreta uma série de implicações e novas responsabilidades, não só para o doente, mas também para a sua família, que se terá de reorganizar no sentido de poder responder às exigências. Por conseguinte, alguém na família vai ter de passar a assumir um novo papel – o de cuidador – uma vez que terá a seu cargo a responsabilidade pelos cuidados a prestar diariamente ao membro doente.

3 - ESTADOS DEPRESSIVOS *VERSUS* SAÚDE MENTAL

A população de utentes portadores de doença crónica incapacitante e dependente possui características especiais e é afectada por inúmeras mudanças, desde os aspectos biológicos e físicos, aos aspectos sociais e económicos, passando pelas alterações emocionais e psicológicas derivadas de perdas cognitivas e desvinculações familiares. Esta população encontra-se muitas vezes em situações de grande vulnerabilidade e fragilidade, o que afecta profundamente o seu auto-conceito e auto-estima, conduzindo ao aparecimento de sintomatologia psico-patológica associada, como a ansiedade, a angústia e a depressão.

A depressão tem um forte impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde, essencialmente em doenças crónicas. *“A depressão, apesar de frequentemente sub diagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, muitas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social”* (Gameiro, Carona, Pereira, Canavarro, Simões, Rijo, Quartilho, Paredes & Vaz Serra, 2008, p.104).

Em Portugal, o Alto Comissariado para a Saúde, reflecte a saúde mental como área prioritária no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Assim, através do Despacho n.º10464/2008, de 9 de Abril, é constituída uma comissão para a Saúde Mental que tem como objectivos: o estudo da situação da saúde mental da população portuguesa; a criação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais; a organização de serviços de saúde mental de adultos, da infância e adolescência; a articulação dos cuidados psiquiátricos com os cuidados de saúde primários e continuados; a participação dos utentes e dos cuidadores na reabilitação; a integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.

De acordo com Fonseca (1985), citado por Costa (2005), a saúde mental é um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com o meio envolvente, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares.

Os indicadores subjectivos positivos de uma adaptação bem sucedida são a satisfação com a vida, a felicidade, a moral e o contentamento, que se traduzem numa sensação geral de bem-estar. Por oposição, os indicadores subjectivos negativos de uma adaptação à “nova imagem” mal sucedida são normalmente a depressão, o stress e a ansiedade. A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importante que afecta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que, muitas vezes, têm como desfecho final o suicídio.

Baptista, Baptista e Torres (2006, p.41) definem depressão como “*um transtorno psiquiátrico que apresenta uma prevalência em torno de 5% da população geral*”. Por ser um transtorno multifactorial observa-se que são diversas as variáveis que podem desencadear o manter a sintomatologia depressiva, tais como indicadores familiares e sociais.

A depressão caracteriza-se por um estado mental dominado por uma diminuição do humor e geralmente associado a um conjunto de vários sintomas: ansiedade, agitação, falta de apetite, lentidão psicomotora, várias queixas somáticas, disfunções fisiológicas como a insónia, tristeza, angústia, sentimentos de culpa e de vazio, desinteresse pela vida, falta de esperança, entre outros. É, no entanto, na população idosa que esta patologia atinge maior morbidade e mortalidade, essencialmente porque, na maior parte dos casos, não é diagnosticada, ou já o é tardiamente.

O estudo realizado por Orsini e Oliveira (2008) sobre a QV em doentes após AVC vem de encontro aos diversos estudos existentes, demonstrando que a presença de depressão, disfunção sexual, agravamento da incapacidade, rede social insuficiente, afasias graves e os estados cognitivos alterados são os factores que mais influenciam a percepção da QV destes doentes.

No estudo sobre estados depressivos em utentes internados, concluem que “*a depressão é um problema de saúde pública e um distúrbio psiquiátrico altamente prevalente no contexto hospitalar*” (Vélez, Acelas & Quiroga, 2008, p.79). Os mesmos autores constataram que variáveis sócio demográficas e clínicas influenciam de forma significativa o surgimento da depressão.

No entanto, a carga socioeconómica associada à doença mental é tão substancial que será impossível continuar a ignorar o investimento que terá de se fazer nos diferentes níveis de prevenção e intervenção nesta área de enorme complexidade.

Em 1998 é publicado o inovador Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, que propõe a intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, definindo objectivos para uma área de intervenção em situações de dependência, entre as quais as situações de doença mental, com o desenho de equipamentos específicos para esta população. Mais tarde é convertido em Plano Nacional de Cuidados Continuados Integrados (13/12/2001), sendo criada a Rede de Cuidados Continuados em saúde em 2003 (Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro) e, em 2006, a RNCCI (Decreto-Lei n.º 101 de 6 de Junho).

Segundo o Relatório e Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da RNCCI (2007), o novo modelo de cuidados continuados integrados em Portugal Continental, operacionalizado através da RNCCI, preenche um espaço fundamental para o fortalecimento das políticas sociais e públicas do país, enquadrando-se na criação de sistemas e redes de

cuidados de saúde e de apoio social na sua maioria, contribuindo para a melhoria da QV das pessoas que, independentemente da sua idade, se encontram em situação de dependência e das suas famílias e/ou cuidadores.

Desta forma, surge mais um modelo de gestão das doenças crónicas dependentes e incapacitantes, visando a melhoria da QV de todos os cidadãos que tenham de recorrer à RNCCI.

Galhordas e Lima (2004, p.46) referem que *“a situação de perda de capacidades é complexa, na medida em que suscita múltiplas perdas. No entanto, é possível a elaboração da perda e a reorganização por parte da pessoa”*.

Analisando a recuperação funcional de utentes portadores de AVC, Costa e Duarte (2002, p.52) expressam que *“como consequência da melhoria de aptidão, consideramos que a aquisição de maior segurança na realização de tarefas que, a priori, lhes pareciam impossíveis de serem realizadas, ocasionou um benefício natural ao aspecto psicológico e emocional, principalmente na sua auto-imagem”*.

Galhordas e Lima (2004, p.38) afirmam que *“nesta perspectiva, a reabilitação da pessoa não surge só como a intervenção num corpo atingido, mas também como a reabilitação dos aspectos psicológicos ligados a esse corpo, cujo funcionamento não se encontra intacto”*. Assim, a representação cognitiva e emocional que temos do nosso corpo é traduzida para imagem do corpo.

Para Oliveira (2000), citado por Galhordas e Lima (2004), a problemática psicológica relacionada com a vivência de uma incapacidade física depende sobretudo do indivíduo. Os mesmos autores expressam ainda que algumas reacções psicológicas passíveis de serem encontradas nestes doentes são a negação, o luto, a depressão, a raiva, a impulsividade, o egocentrismo, a frustração, a descompensação egóica e as formações reactivas.

Costa e Duarte (2002, p.53) opinam que *“o programa de actividade física regular realizado trouxe aos utentes uma real contribuição para o seu bem-estar psicológico, confirmando-se, também, a interacção entre os aspectos motores, emocionais e intelectuais”*.

Costa (2005, p.66) descreve que *“as estratégias de coping relacionam-se com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto dos acontecimentos de vida, aumentando os níveis de bem-estar psicológico (alegria, satisfação e prazer de viver) e reduzindo o sofrimento (ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/ comportamental).”*

Citando Livneh (1991), Galhordas e Lima (2004) referem que as reacções de luto são necessárias para a aceitação futura da perda e readaptação, a qual é conseguida através do abandono do *“anterior self”* e pelo nascimento de uma nova auto imagem.

Os mesmos autores fazem referência à distinção de luto e depressão, uma vez que a tristeza nem sempre é sinónimo de depressão, pois também está presente no processo de luto. Desta forma, após a perda de capacidades é comum ocorrer uma reacção de tristeza que persiste por algum tempo.

Oliveira (2000, p.440) afirma que *“apesar das particularidades, as reacções emocionais após a ocorrência de um AVC têm sido assinaladas há já algum tempo, confirmando-se a presença de depressão em cerca de 30% dos pacientes, perdurando ao que tudo indica ao longo do tempo”*.

Uma vez que a depressão está interligada com a saúde mental, são inúmeros os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação. Podem ser mencionados alguns instrumentos que permitem avaliar várias dimensões da psicopatologia, entre elas a depressão, tais como, a Escala de Depressão de Hamilton, a Escala de Raskin, o Questionário de Beck, a Escala de Zung e a Escala de Depressão (Lara, Navarro & Rubi, 2002).

Neste sentido, Galhordas e Lima (2004, p.46) explicam que *“é importante a consciencialização da realidade por parte do doente, mesmo que esta lhe suscite sofrimento psicológico. Só consciencializando quais as suas limitações se torna claro o que é capaz de realizar e o que lhe pode dar prazer”*.

Este tipo de instrumentos são importantes quando o objectivo é avaliar a saúde no seu todo. No entanto, torna-se necessário desenvolver técnicas de avaliação psicológica capazes de diferenciar indivíduos não doentes, que não possuam quadros psico-patológicos ou disfuncionais (Ribeiro, 2001).

De acordo com Ribeiro (2007, p.147) *“o Mental Health Inventory (MHI) é um instrumento adequado para se utilizar na investigação em saúde, habitualmente quando se pretende avaliar a saúde mental em conjunto com a saúde em geral, e em rastreio, mas não quando se pretende fazer diagnósticos”*.

Para Veit e Ware (1983), citados por Ribeiro (2001), o MHI começou a ser desenvolvido em 1975 como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental.

Portanto, o MHI foca sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Pretende avaliar a natureza multidimensional do bem-estar psicológico.

4 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Das várias investigações realizadas no âmbito do apoio social, parece claro que existe uma relação entre a saúde no sentido amplo, isto é, tanto no seu aspecto físico como psicológico.

Quando se aborda o conceito de apoio social associa-se uma vasta gama de comportamentos e acções estudados por distintas perspectivas de análise, criando-se, assim, alguma confusão conceptual.

Caplan introduz o conceito de “sistema de apoio social” em 1974, na sua obra *Support Systems and Community Mental Health*. No entanto, segundo Chambo (1997) os dois autores apontados como fundadores da investigação sobre o apoio social são Cassel (1976) e Cobb (1976). Nos seus estudos procuravam compreender como a inexistência ou a instabilidade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, sendo que a sua existência protegia os sujeitos de danos à saúde física e mental.

A caminho do século XX encontram-se alguns trabalhos que sublinham a importância de factores e relações sociais no bem-estar das pessoas: Edward Jarvis, em 1845, demonstrou a existência de 64 vezes mais casos de demência nas classes sociais mais desfavorecidas face às mais favorecidas (Chambo, 1997).

Definir suporte social é ainda uma tarefa bastante difícil, visto que a sua conceptualização está longe de ser consensual. Assim, alguns autores salientam que as redes sociais dizem respeito a um conjunto de relacionamentos de um indivíduo com um grupo de pessoas, enquanto o suporte social diz respeito à qualidade dessas relações e a como elas são avaliadas pelo receptor desse apoio (Pinto, Garcia, Bocchi & Carvalhães, 2006).

Para Ribeiro (1999a, p.551) “*o suporte social é uma variável importante para a saúde mas não há uniformidade quanto à maneira de o avaliar*”. Desta forma, a análise do apoio social tem em conta a percepção que os indivíduos têm sobre si, que representa a sua crença generalizada por eles desenvolvida de que são estimados e que os outros se interessam por eles.

Segundo Santos, Ribeiro e Lopes (2003, p.202) “*o suporte social, o coping e a qualidade de vida são conceitos fortemente interdependentes*”.

É consensual que o suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Santos *et al* (2003, p.186) citando Rodin e Salovey (1989), reforçando que “*o suporte social alivia o stress em situação de crise,*

pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença”.

Contudo Baptista *et al* (2006, p.39), afirmam que “ *o suporte social pode ser considerado um construto multifacetado e complexo, podendo ser mensurado por intermédio de conceitualizações objectivas e subjectivas, carecendo mesmo de precisão na sua definição, pois os instrumentos que mensuram tal construto podem variar em consequência de definições adoptadas para a sua construção, bem como a nomeação das dimensões”.*

Pode-se considerar que o suporte social, bem como o suporte familiar, são importantes para a manutenção da saúde mental e confronto com situações stressantes, além da adequação de comportamentos em relação a familiares.

A família tem como principal função apoiar os seus membros. Neste sentido, quando um dos seus membros sofre de *stress* provocado por forças externas, os outros membros sentem necessidade de se ajustarem à nova situação.

Existem portanto vários estudos a expressar que “*a percepção do suporte social proporcionado pela família difere estatisticamente entre os sujeitos atendendo ao estado civil*” (Ferreira, Ribeiro & Guerreiro, 2004, p.12). Neste contexto, denota-se que são os indivíduos casados que apresentam maior satisfação para com a família como suporte social.

Definem-se diferentes tipos de suporte social, necessitando de ser adequados a situações específicas. Para Santos *et al* (2003) o suporte emocional é fundamental para lidar com o impacto de doenças crónicas, enquanto o suporte tangível será mais benéfico no decurso da doença.

Os mesmos autores (2003, p.187), citando Marín (1995), referem que “ *a função amortecedora (moderadora) do apoio emocional sobre efeitos depressivos da experiência de doença é mais visível nas situações iniciais de contacto com a doença, em especial nas situações em que o doente percebe claramente o momento do seu aparecimento”.*

Ramos (2003) citando estudos populacionais sobre a avaliação multidimensional de idosos realizados por Ramos e Goihman (1989), afirma que o nível do rendimento mostrou-se fortemente associado com a saúde física e mental. A proporção de idosos com doença crónica, ou depressão, ou dependência no dia-a-dia foi significativamente mais alta entre idosos de baixo rendimento.

Oliveira (2000), citando Wilcox, Kasl & Berkman (1994), expressa que o número de fontes de suporte social emocional aumenta após a hospitalização, evidenciando uma relação dinâmica entre o suporte social e o processo de recuperação.

Ferreira *et al* (2004, p.15) concluem que “*a percepção de apoio social surge como uma necessidade essencial do Ser humano e com efeito protector a nível individual sobre os*

efeitos negativos da exposição a stressores como é o confronto com a situação de doença, em fase de hospitalização”.

De acordo com Ponte e Ribeiro (2008, p.54) “ *é consensual que o suporte social é constituído por múltiplos domínios interligados: constitucional, relacional, funcional, estrutural e satisfação”.*

Albuquerque e Tróccoli (2004), citado por Joia, Ruiz e Donalísio (2007), relataram que o bem-estar subjectivo procura compreender a avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, em relação aos aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito e afecto positivo.

No estudo realizado por Santos *et al* (2003, p.200) confirmou-se que “*a satisfação com o suporte social correlaciona-se com o processo de adaptação à doença e aos resultados de saúde, nomeadamente a qualidade de vida”.*

Segundo Ribeiro (1999a) os doentes com doença crónica expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

Quando estão internadas ou em casa, as pessoas doentes ficam isoladas, incapacitadas de participar nas actividades habituais, restringindo o acesso à interacção social, o que provoca nelas uma percepção de suporte social reduzida interferindo de forma negativa na sua saúde.

Segundo Ramos (2003, p.795) “*os arranjos domiciliários multigeracionais, além de serem extremamente prevalentes, associam-se significativamente com um nível sócio económico baixo, geralmente afectando mulheres viúvas com várias doenças e um grau de moderado a severo de dependência no dia-a-dia”.*

O suporte social provém de diversas fontes, sendo a família (próxima ou extensa) responsável pela maior promoção de suporte emocional e os serviços de assistência responsáveis pelo suporte informal.

O apoio social ou suporte social envolve transacções interpessoais e engloba um ou diversos tipos específicos de apoio prestados por indivíduos, grupos ou instituições. É fundamental sublinhar que a existência de uma rede social não é sinónimo da existência efectiva de apoio (House (1981) citado por Guadalupe (2009)).

Assim, o apoio social deve ser um processo dinâmico e complexo, que contribua para os indivíduos enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos, no sentido de satisfazerem as suas necessidades sociais, promovendo e completando os seus recursos pessoais (Martins, 2005).

Segundo Henriques (2003), citando Forgas (1995), a Teoria da Infusão de Afectos propõe quatro estratégias de processamento da informação distintas, com diferentes potenciais

de contaminação ou infusão do afecto. Deste modo, a percepção do suporte social surge como uma área do pensamento social que está particularmente associada a estados afectivos e emocionais.

As percepções que os indivíduos apresentam sobre o apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais que passam pela capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social.

Guadalupe (2009, p.85) refere que uma das funções específicas do suporte social *“é a regulação e o controlo social que se manifesta pela pressão exercida pelos diferentes membros entre si, no sentido de lembrar e reafirmar responsabilidades, normas e papéis”*.

De acordo com Ribeiro (1999a, p.548) *“o suporte social recebido descreve o suporte social que foi recebido por alguém, e o suporte social percebido refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele”*.

Desta forma, o suporte social recebido e percebido pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da sua saúde mental, existindo uma forte correlação entre o apoio social e a saúde.

O suporte social permanece como um excelente recurso para quem sofre de doença crónica, reduzindo a angústia, promovendo maior adesão ao tratamento médico. Contudo, Martins (2005), citando Cohen (1988), expressa que o apoio social, para além de poder gerar respostas que influenciam positivamente a doença, pode induzir comportamentos que afectam o risco de doença através da resposta biológica.

Henriques (2003, p.378) expressa que *“é em situações de maior stress ou face a acontecimentos de vida ameaçadores e traumáticos, que o suporte social, quer emocional quer instrumental, surge como mais relevante para as pessoas”*.

Ornelas (1996, p.265) defende que *“a intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos que a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento”*.

No entanto, é o suporte familiar que exerce um papel essencial para a manutenção da saúde física e mental. É neste contexto que vários autores mantêm a ideia que a função de suporte, exigida tanto à família como aos profissionais cuidadores, conduz à minimização da incapacidade e do sofrimento psicológico do doente.

Li (1998), citado por Oliveira (2000), esclarece que os níveis de auto estima e de suporte emocional fornecido pela família e amigos desempenham um papel importante no ajustar à deficiência.

Para Ferreira *et al* (2004) o maior grau de satisfação com o relacionamento interpessoal ao nível das amizades, intimidade, família e actividades sociais tem um papel determinante na minimização da ansiedade, depressão e exaustão vital nos doentes com doença crónica.

Os mesmos autores constataram que os sujeitos com mais habilitações são mais exigentes nos seus níveis de satisfação social. Assim como a satisfação com o apoio fornecido pela família é maior nos doentes com doença crónica casados.

Para Oliveira (2000, p.445) *“o possível efeito mediador constituído pelo suporte social pode tanto ser meramente preventivo como um componente importante a integrar no processo de reabilitação”*.

Após revisão de literatura referente ao suporte social, continua-se a defender a ideologia que Cobb (1976) apresentou, ou seja, o suporte social, a informação disponível ao indivíduo para acreditar que é cuidado e amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas, é cada vez mais acentuada e visível na actualidade. Alguns autores referem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar.

Miller (1986), citado por Oliveira (2000), constatou que aqueles indivíduos com melhor suporte social fornecido pelos elementos da família adaptam-se melhor e mais rapidamente à incapacidade do que os outros com níveis de suporte mais baixos.

Siqueira (2008), citando Krause, Liang e Yatomi (1989), expressa que as dificuldades em encontrar resultados consensuais sobre os efeitos benéficos de suporte social advêm das diferentes concepções do construto que sustentam as suas medidas.

Desta forma, classificaram as medidas de avaliação do suporte social em três categorias: a) avaliam o número de contactos sociais mantidos pelos indivíduos; b) identificam os tipos específicos de suporte social que são oferecidos aos indivíduos; c) avaliam as necessidades de suporte social aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido.

Para Dumoulin e Dumont (2004), citados por Guadalupe (2009), a intervenção em rede é um método que consiste em mobilizar os recursos da rede primária de um indivíduo a fim de que a dificuldade que ele apresenta, possa ser solucionada ou orientada pelo serviço social em conjunto com as pessoas que compõem essa rede primária.

Neste sentido, a configuração das políticas sociais em Portugal actualmente leva a que se possa afirmar a existência de uma espécie de redes secundárias ou instituições, que compõem o chamado terceiro sector. Ou seja, *“organizações sociais que, por um lado, sendo*

privadas, não visam fins lucrativos, e, por outro lado, sendo animadas por objectivos sociais, públicos ou colectivos, não são estatais” Guadalupe (2009, p.110) citando Santos (1999).

Em suma, é inegável que a nova geração de políticas sociais instituiu novos hábitos e exigências à intervenção social, trazendo novas configurações e agentes para o panorama da organização da protecção social.

5 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Em Portugal verifica-se, como em toda a Europa, um progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade. Este factor, associado ao aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, fez emergir as lacunas da articulação dos Sistemas Social e de Saúde, implicando um défice na adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência numa sociedade em mudança.

O Relatório Primavera (OPSS, 2006) considera o envelhecimento como uma das áreas prioritárias a desenvolver face ao impacto gerado, a médio e longo prazo, na resposta a um vasto campo de necessidades em saúde actualmente a descoberto no sistema de saúde português, mas também na promoção da sua eficiência e equidade.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e nas grandes opções do Plano 2006 - 2009 é referido que a rápida alteração da estrutura demográfica ocorrida no nosso país, com aumento de população idosa e dependente, portadora de doença crónica, não tinha encontrado no sistema prestador nacional uma resposta adequada, articulada e eficaz.

A rede de serviços ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares não respondeu, de forma integrada e articulada, às novas/velhas necessidades de um grupo específico de doentes que nesta área de cuidados integra fundamentalmente pessoas com dependência funcional transitória, ou pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave, por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente, ou ainda pessoas afectadas por doença na fase terminal das suas vidas.

Para Pinto (2008, p.3) os *“Cuidados Continuados são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo”*.

Assim, de uma forma mais clara e de acordo com Santos (2003, p.5), os Cuidados Continuados têm como objectivos:

- ✓ *“Promover a saúde e qualidade de vida dos idosos e/ou de outras pessoas em situação de dependência e contribuir para a sua integração sócio familiar e comunitária;*
- ✓ *Manter a autonomia no domicílio e no seu ambiente habitual;*
- ✓ *Assegurar a mobilidade e a acessibilidade a benefícios e a serviços;*

- ✓ *Apoiar e formar as famílias, voluntários e outras pessoas da comunidade que assegurem cuidados ou acompanhem este tipo de situações”.*

Segundo o Relatório de Actividades de 2007 (2008, p.3) da RNCCI “*com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, surgem, necessariamente, novas necessidades em saúde e, conseqüentemente, agravam-se os problemas familiares e sociais, surge um número cada vez maior de doentes com doenças crónicas incapacitantes e de pessoas com doenças incuráveis em estado avançado e em fase final de vida*”. As famílias enfrentam cada vez mais problemas para apoiarem os seus dependentes. É neste contexto que surge a necessidade de criar a RNCCI, facto consumado através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho.

O objectivo geral estabelecido para a RNCCI, definido no artigo 4º deste Decreto -Lei, é “*...a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência*”, pretendendo-se que tal prestação de cuidados continuados respeite os princípios da globalidade, integralidade, interdisciplinaridade, harmonia e inserção na comunidade.

Todavia, Guerreiro (2006, p.21) refere que “*os cuidados continuados integrados deverão fazer parte integrante do SNS, mas deverá assentar na sua transformação, aliás devendo adaptar-se aos perfis dos novos doentes que são cada vez mais envelhecidos, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade para a evolução prolongada e para a dependência*”.

Segundo Almeida (2008) foi recentemente criada em Portugal uma RNCCI (constituída por Misericórdias, Unidades de Cuidados Continuados, entre outros), com o objectivo de assegurar que há uma maior visibilidade e sensibilidade para a problemática da dependência e do bem-estar dos idosos. Esta rede assenta nos seguintes princípios:

- Proximidade na prestação e prestação personalizada de cuidados;
- Continuidade e igualdade dos cuidados entre os diferentes serviços, bem como no seu acesso;
- Avaliação e definição de objectivos em relação à situação de dependência do doente e a sua conseqüente manutenção;
- Tornar a família e a própria pessoa dependente parte do processo de elaboração do plano individual de intervenção;
- Partilhar a responsabilização com a família ou cuidadores na prestação da assistência;
- Ter um serviço eficiente e de qualidade.

Das pessoas com mais de 65 anos, 41% tem mais de 75 anos e 20, 9% tem mais de 80. As projecções elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística prevêm que eles serão 282 674 em 2010. Calcula-se que cerca de 300 mil idosos vivam isolados. Incapacidades, doenças crónicas, solidão e exclusão tendem a retirar vida aos anos de vida aumentados. É necessário intervir, e aí permanece a grande necessidade de continuação da política de saúde referente ao “envelhecer em saúde”, ou seja a Rede de Cuidados Continuados Integrados, prevendo que até final de 2010 seja atingido um grau de cobertura do total das necessidades em 60% (OPSS, 2006).

A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situações de dependência surge devido à excelente articulação e coordenação em rede dos cuidados nos diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, contribuindo para a sua qualidade de vida.

Para a UMCCI (2009, p.55) “*a permanente mudança que caracteriza o mundo actual, levanta novos desafios que condicionam e alteram o tradicional conceito de liderança*”. Com o intuito de observar as relações existentes ao nível das organizações e seus intervenientes, são expostas três teorias neste âmbito.

Teoria dos Stakeholders: um dos primeiros conceitos de stakeholders é apresentado por Freeman (1984, p.48) “*stakeholders são grupos ou indivíduos que afectam ou são afectados pela realização dos objectivos organizacionais*”. Este conceito é amplo e abre espaço para que qualquer um possa afectar ou ser afectado pela organização.

Teoria da Agência: tem vindo a estudar as relações contratuais dos administradores dentro das Organizações. De acordo com Jones (1995) uma relação de agência é aquela desenvolvida a partir de um contrato no qual uma parte (principal) contrata outra pessoa (agente) para a realização de um trabalho, que envolve a delegação de autoridade na tomada de decisões.

Teoria Comportamental: referem que a Teoria do Comportamento da organização é uma teoria construída em torno de uma política de concepção dos objectivos organizacionais, uma concepção de racionalidade delimitada, uma concepção adaptativa de regras e aspirações e um conjunto de ideias sobre a forma como as interacções entre esses factores afectam decisões de uma organização (Dew, Read, Sarasvathy & Wiltbank, 2008).

Teoria das redes sociais: para Colonomos (1995), citado por Acioli (2007, p.9), “*as redes nascem num espaço informal de relações sociais, mas seus efeitos são visíveis para além desse espaço através das relações com o Estado, a sociedade e de outras instituições representativas*.” A Rede, criada no âmbito dos Ministérios de Saúde e do Trabalho e da

Segurança Social que, de acordo com este Decreto (artigo 2º, nº1), “...é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e de apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais”.

As Unidades que integram a RNCCI podem ser de diferentes tipologias. De uma forma muito sucinta e de acordo com a Directiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008 de 07-01-2008, faz-se uma caracterização de cada uma delas:

As **Unidades de Convalescença (UC)** são destinadas a prestar cuidados a doentes com perda transitória de autonomia que requerem cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos.

As **Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)** têm como intuito prestar cuidados a doentes com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias consecutivos. Estas unidades podem ainda proporcionar internamento a doentes com dificuldades de apoio familiar ou cujo principal cuidador tem necessidade de descanso, podendo a duração do(s) respectivo(s) internamento(s) ser inferior a 90 dias, com o limite anual de 90 dias.

As **Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)** são destinadas a prestar cuidados a doentes com doenças complexas em estado avançado, evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo.

As **Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** têm como finalidade prestar cuidados a doentes com perda de autonomia potencialmente recuperável que requerem cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração, ou ausência de apoio social, por parte dos cuidadores e/ou equipas de cuidados continuados integrados, não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos.

Além das unidades supracitadas, como unidades de internamento, a RNCCI engloba ainda, as unidades de ambulatório (Unidade de dia e de promoção de autonomia), as Equipas hospitalares e domiciliárias.

5.1 - A TIPOLOGIA DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Uma vez que se pretende encaminhar todo o estudo de investigação para os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, carece a necessidade de se identificar os recursos utilizados por esta tipologia na prestação de cuidados de saúde.

Com base no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho (artº 13) uma UMDR é “*uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.*” As unidades de internamento de Média Duração e Reabilitação promovem o treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras, ressocialização e actividades sócio ocupacionais, envolvendo uma equipa multidisciplinar.

A reabilitação consta de intervenções e adaptações que visam manter as actividades de vida diária e o estilo de vida, com o objectivo de prevenir perdas funcionais, manutenção das funções preservadas e recuperação e/ou adaptações das funções perdidas.

Para Faria e Marinho (2004) a actividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num aumento substancial do gasto energético. Já o exercício físico abrange a realização de actividade física de uma forma regular e prolongada no tempo, com o objectivo específico de melhoramento da aptidão física e da saúde.

Assim, um programa de reabilitação deve estar orientado para a melhoria da capacidade física da pessoa, diminuindo os efeitos nocivos consequentes do processo de envelhecimento, e proporcionar o maior contacto social possível entre os indivíduos, procurando diminuir problemas psicológicos como a ansiedade e a depressão.

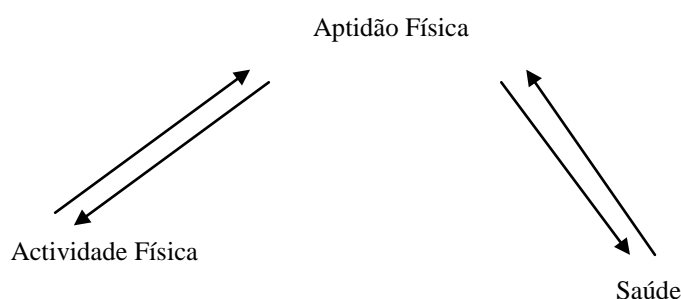
No estudo realizado por Costa e Duarte (2002) em utentes com AVC, constatou-se que o domínio “*capacidade funcional*” apresentou um aumento significativo ao longo dos seis meses de prática regular de actividade física, significando que os utentes obtiveram um ganho relevante nas suas capacidades funcionais gerais. Assim, o programa de actividade física proposto e desenvolvido correspondeu às expectativas, demonstrando a importância e a interferência da actividade física na melhoria da capacidade funcional dos utentes.

No domínio “*estado geral de saúde*” observaram que este se modificou com a implementação do programa de actividade física pois, sob o ponto de vista da percepção subjectiva do estado geral de saúde, os utentes sentiram-se muito mais saudáveis, apesar de não apresentarem mudanças significativas no que diz respeito à sequela física deixada e já

estabelecida pelo AVC. Ao nível do domínio “ *vitalidade*” os utentes manifestam ganhos nas suas capacidades físicas, mais concretamente nas habilidades motoras (coordenação, equilíbrio) relacionados com o programa de actividade física regular (Costa & Duarte, 2002).

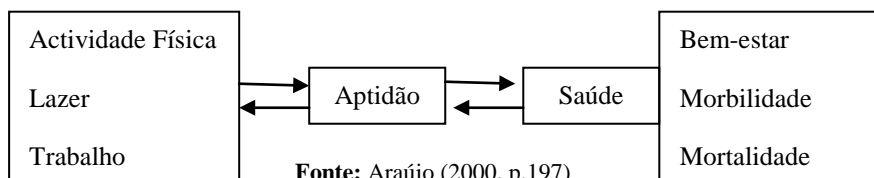
Araújo (2000, p.197) expressa que a “*relação entre as três variáveis, aptidão física, actividade física e saúde são próximas e recíprocas*”. Observando as figuras 4 e 5, conclui-se que a prática de actividade física e os índices de saúde influenciam os níveis de aptidão física, reduzindo os factores de risco para doenças em adulto.

Figura 4 - Relação entre actividade física, aptidão física e saúde



Fonte: Araújo (2000, p.197)

Figura 5 - Paradigma simplificado da relação entre actividade física habitual, aptidão física e saúde



Fonte: Araújo (2000, p.197)

O declínio dos níveis de actividade física habitual do idoso acentua a redução da aptidão funcional própria do processo de envelhecimento. Os efeitos da imobilidade são progressivos e devastadores podendo reflectir-se ao nível funcional, psicológico e social, sendo os idosos mais vulneráveis às suas complicações.

Também a OMS reconhece que a actividade física é da maior importância para manter uma boa saúde física, mental e social, assim como bem-estar dos indivíduos e das comunidades. As actividades devem ser precedidas de uma avaliação da aptidão física do indivíduo, seguindo-se a implementação de programas personalizados e supervisionados, implicando o respectivo plano individual de intervenção em reabilitação.

No estudo de Dornelas *et al* (2006, p.125) observaram que *“passados dois meses pós-operatórios, as limitações físicas e emocionais eram menores que no período anterior ao internamento hospitalar”*.

Os mesmos autores constataram que antes dos tratamentos de reabilitação a maior parte dos utentes apresentava-se abatido e inseguro, mas após estes, a autoconfiança foi-lhes devolvida trazendo melhor perspectiva de vida e segurança para retomarem as actividades de vida diária.

Costa e Duarte (2002) no seu estudo denotaram que a implementação de um programa de reabilitação e actividade física regular para utentes com sequelas de AVC conduz a uma nova possibilidade de se estabelecerem relações com o mundo exterior (a família), contribuindo para ampliar o seu relacionamento social.

A pessoa com doença crónica procura desenvolver um conjunto de aprendizagens e/ou estratégias que lhe permitem viver com a doença, em que o seu auto cuidado influencia o nível de manutenção e melhoria da sua condição de saúde (Novais *et al*, 2009).

A nova abordagem dos cuidados de saúde recomenda um envolvimento mais activo do utente no seu tratamento, deixando este de ser considerado apenas como um “recipiente passivo de cuidados”. Esta participação passa a ser considerada como fundamental no contexto de uma relação com o prestador de cuidados, que baseia a sua intervenção segundo os anseios, motivações, recursos e problemas apresentados por cada utente.

Costa e Duarte (2002, p.52) concluíram que *“um programa de actividade física, orientado de acordo com os interesses e capacidades dos utentes, poderá trazer a estes uma nova percepção da vida, na qual são capazes de muitas realizações e que poderão estender-se para todas as situações da sua vida pessoal e profissional”*.

As limitações por aspectos físicos em utentes com AVC melhoram significativamente, pois a actividade física regular proporciona uma maior aptidão muscular conduzindo ao ganho de força, resistência, flexibilidade, equilíbrio e de outras tarefas quotidianas.

Em diversos estudos constata-se que as mulheres idosas com elevado nível de escolaridade, pertencentes à classe económica mais alta e com percepção positiva de saúde expressaram ter boa qualidade de vida, relacionando-a com a prática regular de actividade física (Mazo, Mota & Gonçalves, 2005).

Segundo Galhordas e Lima (2004, p.46) *“não existem, propriamente, receitas para a relação que o profissional de reabilitação deverá estabelecer com a pessoa em tratamento”*. Contudo, a comunicação com as pessoas em tratamento deverá ser clara, objectiva e frontal e, se possível, numa relação particular.

De forma geral, Costa e Duarte (2002, p.53) concluem que “*a realização da actividade física regular ou sistemática, através de um programa adequadamente estruturado, que leve em consideração os interesses, as limitações e as potencialidades das pessoas portadoras de sequelas de AVC, pode constituir um importante elemento na procura da maior valorização do indivíduo*”.

II PARTE - *DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO*

1 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

É através da investigação científica que se produz novo conhecimento científico ou que se actualizam conhecimentos. Segundo Gauthier (2003, p.18) *“a investigação é uma actividade de procura objectiva de conhecimentos sobre questões factuais”*.

Nas ciências sociais recorre-se a dois tipos de metodologias: quantitativas e qualitativas. De acordo com Gauthier (2003, p.22) *“a metodologia da investigação engloba tanto a estrutura do espírito e da forma da investigação como as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma”*.

Este capítulo apresenta a abordagem metodológica seguida neste estudo, especificamente a questão central da investigação, o tipo de estudo, quais as técnicas de amostragem utilizadas, a forma como seleccionamos a amostra, os instrumentos de pesquisa utilizados para a recolha e análise de dados, os critérios da fiabilidade e validade dos mesmos.

1.1 - QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO

O problema de investigação é uma questão importante para o investigador, encontrando-se dividido em duas partes distintas, mas complementares: o postulado e a dúvida. Segundo Fortin (1999, p.39) *“a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender. O problema de investigação articula-se com a questão precisa a qual tem relação com o domínio de interesse”*. O problema é como o fio condutor de toda a investigação, orientando-a no sentido de produzir novo conhecimento.

Para Gauthier (2003, p.60) *“um problema de investigação não é mais que um desvio consciente que se pretende anular entre o que sabemos, julgando insatisfatório, e o que deveríamos saber, julgando desejável”*.

O postulado consiste numa base de conhecimento que insere a dúvida num determinado contexto específico; já a dúvida, não é mais que a questão primordial à qual toda a investigação pretenderá dar uma resposta fundamentada.

A Questão Central deste estudo: “Qual a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde das pessoas com Doença Crónica Incapacitante e Dependente internadas nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da região Centro?”

É a partir desta questão que se irá desenvolver a investigação, tentando encontrar resposta que ajude a compreender melhor a problemática em estudo, tendo em conta as considerações empíricas e teóricas.

Depois do primeiro passo dado numa pesquisa científica, isto é, a formulação clara do problema, o passo seguinte é a construção de hipóteses. Só uma investigação organizada em redor de hipóteses poderá ser rigorosa e ordenada, pois as hipóteses traduzem um sentido de curiosidade, elas representam ideias das quais pretendemos abarcar conhecimentos.

Para Fortin (1999, p.102) *“uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis, podemos desta forma dizer que são uma resposta plausível para o nosso problema de investigação, sendo então um enunciado claro e preciso da relação entre variáveis em estudo. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta”*.

Existem diversas formas de classificar variáveis. Uma dessas classificações divide-as em variáveis dependentes e variáveis independentes. Como a própria palavra nos diz, variável é qualquer coisa que varia, e então vamos de encontro ao que Fortin (1999, p.376) nos diz, *“variável é uma característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”*.

No entanto, neste estudo apenas se utilizam variáveis independentes e uma variável dependente, tentando compreender qual a influência das diversas variáveis independentes na variável dependente. Fortin (1999, p.376) define variável dependente como *“variável influenciada pela variável independente”*. Assim sendo, a variável dependente do estudo é a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde da pessoa internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação.

As variáveis independentes são variáveis de atributo, que para Fortin (1999, p.376) uma variável atributo *“é uma característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra”*.

Neste estudo, as variáveis independentes podem ser reunidas em três grupos:

- Variáveis Sócio demográficas (Sexo; Idade; Estado Civil; Proveniência; Coabitação; Distrito da residência; Habilitações académicas; Valor da pensão; Situação laboral);
- Variável Clínica (Diagnóstico principal);
- Variáveis Situacionais (Frequência de visitas pelos filhos/familiares; Suporte social; Estado funcional; Estado de saúde global);
- Variáveis Psicológicas (Percepção do estado depressivo).

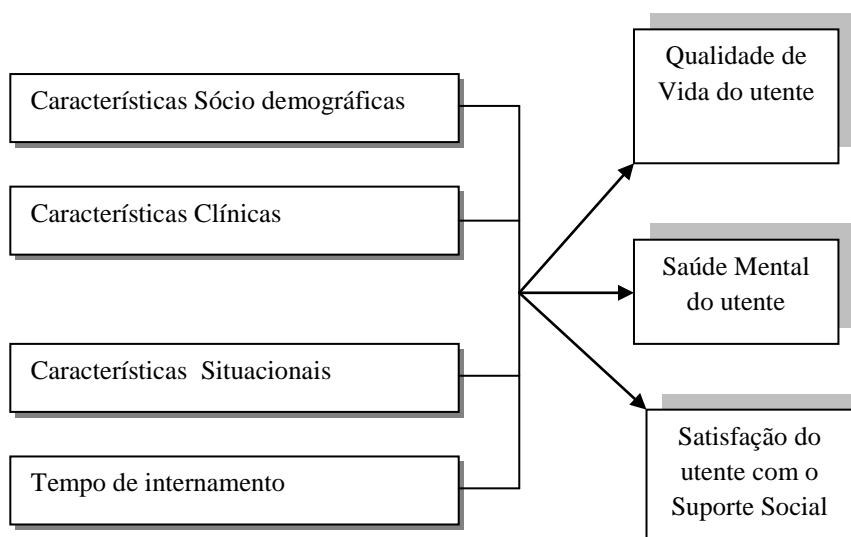
Pode-se afirmar que a formulação das hipóteses contidas neste estudo advém do pensamento/método indutivo. Este tipo de pensamento/método é caracterizado por efectuar generalizações a partir de “*relações precisas observadas na realidade*” (Fortin, 1999, p.102).

Assim sendo, a hipótese traduz, o enunciado do problema em estudo numa proposição precisa dos resultados esperados, tendo de ser testada para determinar a sua validade.

Da interacção entre as variáveis representadas no modelo analítico, decorre o estabelecimento de um conjunto de proposições para a presente investigação, em forma de hipóteses.

Os grupos de variáveis a contemplar no estudo estão representadas na figura 6, sendo apresentados no ponto seguinte os esquemas de operacionalização do modelo, assim como as hipóteses a testar.

Figura 6 - Modelo Analítico Geral do Estudo



As hipóteses que guiam a obtenção dos resultados prevêm diferenças significativas quando comparamos propriedades de alguns subgrupos da amostra e grupos de variáveis a estudar como factores, e passam também por preverem associações entre as variáveis do modelo analítico. Estas serão testadas através de uma análise bivariada.

É feita ainda a exploração do modelo através de uma análise multivariada. A decisão relativa às variáveis que operacionalizam o modelo nesta análise vai depender dos resultados da análise bivariada que a precede.

Quadro 1 - Hipóteses do Modelo Analítico

	Hipótese	Categoria	Variáveis (X1,Y1...)	Indicadores
H1	Existe relação entre os níveis de QV e as variáveis sócio demográficas	De associação	Qualidade de Vida Sexo, idade,....	SF 36 Variáveis Sócio demográficas
H2	Existe relação entre os níveis de QV e as variáveis clínicas	De associação	Qualidade de Vida Diagnóstico Principal	SF 36 Diagnóstico Principal
H3	Existe relação entre os níveis de QV e as variáveis situacionais	De associação	Qualidade de Vida Visitas, Suporte Social,...	SF 36 ESSS Visitas
H4	Existe relação entre os níveis de QV e o tempo de internamento	De associação	Qualidade de Vida Tempo de internamento	SF 36 Tempo de Internamento
H5	Existe relação entre os níveis de QSM e as variáveis sócio demográficas	De associação	Saúde Mental Sexo, idade,....	MHI Variáveis Sócio demográficas
H6	Existe relação entre os níveis de QSM e as variáveis clínicas	De associação	Saúde Mental Diagnóstico Principal	MHI Diagnóstico Principal
H7	Existe relação entre os níveis de QSM e as variáveis situacionais	De associação	Saúde Mental Visitas, Suporte Social,	MHI ESSS Visitas
H8	Existe relação entre os níveis de QSM e o tempo de internamento	De associação	Saúde Mental Tempo de internamento	MHI Tempo de Internamento
H9	Existe relação entre os níveis de Satisfação com Suporte Social e as variáveis sócio demográficas	De associação	Suporte Social Sexo, idade,....	ESSS Variáveis Sócio demográficas
H10	Existe relação entre os níveis de Satisfação com Suporte Social e as variáveis clínicas	De associação	Suporte Social Diagnóstico Principal	ESSS Diagnóstico Principal
H11	Existe relação entre os níveis de Satisfação com Suporte Social e as variáveis situacionais	De associação	Suporte Social Visitas,	ESSS Visitas
H12	Existe relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e o tempo de internamento	De associação	Suporte Social Tempo de internamento	ESSS Tempo de Internamento
H13	Existem diferenças entre os níveis de QV e os diversos momentos de avaliação	De associação	Qualidade de Vida Momentos de Avaliação	SF 36 Admissão e ≥60 dias
H14	Existem diferenças entre os níveis de QSM e os diversos momentos de avaliação	De associação	Saúde Mental Momentos de Avaliação	MHI Admissão e ≥60 dias
H15	Existem diferenças entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e os diversos momentos de avaliação	De associação	Satisfação com Suporte Social Momentos de Avaliação	ESSS Admissão e ≥60 dias

1.2 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Um método de investigação consiste numa estratégia global para atingir um objectivo, um fim concreto e distingue-se de técnica de investigação pois esta pode estar presente em diferentes métodos. Segundo Huot (2002, p.18) um método de investigação consiste num “*procedimento estruturado e rigoroso de aquisição de conhecimentos segundo certas etapas (partilhadas pela comunidade científica)*”. Pode-se recorrer a vários tipos de métodos, de entre os quais se destacam o descritivo, o correlacional, o diferencial e o experimental.

A metodologia quantitativa tem como objectivo geral estudar o comportamento dos indivíduos. O investigador reconhece o significado de um comportamento sempre que o observa. Esta metodologia permite generalizar os resultados a partir de uma pequena amostra de indivíduos, no entanto não permite compreender em profundidade as unidades observadas devido ao contacto breve com a população e recolha superficial de informação.

Segundo Fortin (1999, p.162) um desenho de investigação descritivo “*pode variar em complexidade, indo do estudo de um conceito ao estudo de vários conceitos*”. A mesma autora também refere que o objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo.

Fortin (1999, p.174) explica que “*num estudo descritivo -correlacional, o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações*”.

Atendendo à problemática, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo, não experimental, descritivo -correlacional, retrospectivo e transversal. Portanto, pretende garantir a precisão dos resultados e evitar distorções; as variáveis não são manipuladas e procura garantir a sua validade interna; descreve, interpreta e analisa as relações entre as variáveis; a recolha de dados é feita ao longo do tempo e baseada em factos passados.

1.2.1 - População em estudo

A delimitação do campo de análise tem em vista a identificação do local de recolha de dados. Este estudo será realizado na região Centro, distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da RNCCI. Pretende englobar pessoas portadoras de Doença Crónica Incapacitante e Dependente internadas nesta tipologia de unidades.

Gauthier (2003, p.206) expressa que a população - alvo é um conjunto de indivíduos sobre os quais se pretende realizar um estudo, sendo essas pessoas sujeitas a uma investigação, ou seja, é “*um conjunto de unidades elementares sobre as quais recai a análise*”. A definição de uma população - alvo é essencial pois vai permitir focar a nossa atenção sobre um determinado conjunto de indivíduos com determinadas particularidades que viabilizem a nossa investigação. Segundo Fortin (1999, p.202) a população alvo “*é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações*”.

A população - alvo deste estudo são os indivíduos com Doença Crónica Incapacitante e Dependente da região Centro, abrangendo seis distritos. No entanto, como a recolha de informação em qualquer população, requer do investigador, tempo e recursos que por norma se apresentam escassos e limitados, tornando-se um obstáculo à investigação, há a necessidade de recorrer a uma parcela dessa população, designada por amostra.

Também Fortin (1999, p.363) considera que uma amostra “*é o conjunto de sujeitos retirados de uma população*”. Sendo assim, a base de sondagem da investigação são os indivíduos portadores de Doença Crónica Incapacitante e Dependente internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação de Cuidados Continuados da região Centro.

Perante isto, pode-se dizer que a nossa amostra é constituída por 46 utentes, que estiveram internados entre os meses de Dezembro de 2009 e Fevereiro de 2010, nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da região Centro.

1.2.2 - Método de obtenção de dados

As técnicas de amostragem podem-se agrupar em duas categorias: aleatórias e não aleatórias. Nas técnicas de amostragem aleatórias, qualquer indivíduo que faça parte da população tem a mesma probabilidade de vir a ser seleccionado. Esta técnica tem como desvantagem a despesa e o elevado tempo de aplicação. Nas técnicas de amostragem não aleatórias a probabilidade dum indivíduo ser alvo de um inquérito não é igual para todos, não havendo desta forma a garantia da representatividade da amostra. No entanto é uma técnica menos dispendiosa, mais fácil de aplicar e mais rápida de tratar.

No estudo em questão foi escolhida uma técnica não aleatória por conveniência; esta consiste na selecção dos indivíduos pelo facto de estarem a uma determinada hora num determinado local.

Fortin (1999, p. 208) refere que a amostra não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que amostragem probabilística, expressando que este “*é um procedimento*

de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual a ser escolhido”.

Os elementos foram seleccionados por métodos não aleatórios, dado que nem todos os elementos da população possuem a mesma possibilidade de serem seleccionados, em virtude de apenas terem sido inquiridos os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação entre 01 Dezembro 2009 e 28 Fevereiro 2010, abrangendo o momento da admissão e/ou com 60 dias de internamento.

1.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A técnica de investigação difere de modelo de investigação pois ela pode estar presente em vários métodos. A recolha de informações pode, desde já, ser definida como o processo organizado posto em prática para obter informações junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimento para outro nível de conhecimento.

Há que decidir quais os métodos que se adequam à finalidade da investigação e seleccioná-los. Tendo em conta o propósito deste estudo, isto é, a preocupação com a qualidade de vida, julga-se pertinente o uso de questionários já traduzidos e validados em estudos a nível nacional e internacional.

Para Fortin (1999, p.249) o *“questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”*. É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser escolhidas de uma maneira rigorosa.

Como já foi possível constatar para reflectir sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde é necessário ter em atenção as várias perspectivas e os múltiplos critérios, pois os instrumentos de avaliação de qualidade de vida permitem explorar o impacto de uma doença sobre a vida dos utentes. Avaliam aspectos como as disfunções e os desconfortos físicos e emocionais, identificando utentes que necessitam de cuidados particulares ou tratamento médico.

Para Pimentel (2006, p.99) os principais objectivos dos questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde são *“avaliar o doente, o seu prognóstico, o impacto da terapêutica utilizada (...)”*.

Em reabilitação, tradicionalmente não se procedia a uma avaliação sistemática do impacto dos cuidados de saúde na perspectiva do utente. Entretanto, os utentes têm demonstrado ser relatores de confiança do seu estado de saúde e as auto-avaliações podem ser

consideradas exactas. Os questionários de auto-preenchimento têm ainda mostrado aumentar o envolvimento do utente e, conseqüentemente, os resultados.

Desta forma, e após se ter definido e caracterizado a população a estudar, decidiu-se adoptar um instrumento que reunisse todas as características para avaliar os determinantes previamente seleccionados.

Fortin (1999, p.225) refere que “*a noção da validade não se aplica igualmente a todos os métodos de colheita de dados. Por exemplo, o uso do questionário (...) que tem por objectivo recolher informação factual junto dos sujeitos, necessita que se verifique a validade do conteúdo junto dos peritos*”. A mesma autora, defende a fiabilidade como a propriedade essencial dos instrumentos de medida, designando a precisão e a consistência dos resultados que eles fornecem, ou seja, uma escala de medida é fiel se ela dá em situações semelhantes resultados idênticos.

Para que os objectivos deste estudo possam ser alcançados serão utilizados quatro instrumentos: o questionário Sócio Demográfico, o questionário do estado de saúde do Medical Outcomes Study, referido como SF-36, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Inventário de Saúde Mental, conhecido como MHI.

1.3.1 - Questionário de Caracterização Sócio Demográfico

O questionário sócio demográfico, elaborado especificamente para esta investigação, que contém questões relativas à idade, ao sexo, à proveniência, ao estado civil, à coabitação, ao distrito da residência, às habilitações académicas, ao valor da pensão, à situação laboral e à frequência com que os filhos/familiares visitam o utente. Neste grupo também se questionou qual o diagnóstico principal (Anexo E).

1.3.2 - Questionário MOS SF-36

O questionário SF-36 é um instrumento que avalia, de forma genérica, o estado de saúde e qualidade de vida do indivíduo, distribuindo 36 itens por oito domínios, os quais deverão ser discutidos e interpretados individualmente, uma vez que a saúde e a QV não devem ser analisadas como a soma total de cada domínio (Anexo E).

Para cada domínio do SF-36, os itens são codificados e transformados numa escala de zero a 100 pontos, obtendo-se um *score médio* que indica melhor estado de saúde ou QV á medida que este aumenta.

Segundo Brito *et al* (2008, p.934) “o SF-36 é um questionário genérico de avaliação de QV para indivíduos acima de 14 anos, auto-aplicável ou submetido em entrevista face a face ou por telefone”. Este instrumento de recolha de dados encontra-se traduzido e adaptado em 29 países e é utilizado entre diferentes grupos de doentes, independentemente de qualquer nível etário, doença ou tratamento.

O questionário de qualidade de vida SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b), sendo constituído por 36 itens de auto resposta destinando-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um.

O SF-36 contém oito dimensões de estado geral de saúde, que detectam tanto os estados positivos como os negativos:

1 – Função física (10 itens) – amplitude pela qual a saúde limita as actividades como auto-cuidados, andar, subir escadas, inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se e actividades moderadas e vigorosas;

2 – Função social (2 itens) – amplitude pela qual a saúde física ou problemas emocionais interferem com as actividades sociais normais;

3 – Desempenho físico (4 itens) – amplitude pela qual a saúde física interfere com o trabalho ou outras actividades diárias, incluindo realizar menos do que o pretendido, dificuldade na realização de tarefas e limitações no tipo de actividade;

4 – Desempenho emocional (3 itens) – amplitude pela qual problemas emocionais interferem com o trabalho ou outras actividades diárias, incluindo diminuição do tempo gasto a trabalhar, fazer menos do que o pretendido e não trabalhar tão cuidadosamente quanto o habitual;

5 – Saúde mental (5 itens) – inclui questões referentes à saúde mental geral, incluindo depressão, ansiedade, controlo comportamental/ emocional e bem-estar psicológico; é uma escala bipolar, com um chão representando nervosismo e depressão e um tecto representando alegria, calma e paz;

6 – Vitalidade (4 itens) – sentir-se com energia e cheio de dinamismo *versus* cansado e estafado;

7 – Dor corporal (2 itens) – intensidade de dor e efeito de dor no trabalho habitual, tanto dentro como fora de casa;

8 – Saúde em geral (5 itens) – avaliação pessoal da saúde, incluindo saúde actual, aparência saudável e resistência à doença.

Quadro 2 - Escalas do SF 36

CONCEITOS	Nº DE ITENS	Nº DE NÍVEIS
Função Física (FF)	10	21
Desempenho Físico (DF)	4	5
Dor Corporal (DC)	2	11
Saúde Geral (SG)	5	21
Vitalidade (VT)	4	21
Função Social (FS)	2	9
Desempenho Emocional (DE)	3	4
Saúde Mental (SM)	5	26
Mudança de Saúde (MS) *	1	5
*não é considerado um conceito de saúde		

Fonte: Ferreira (1998, p.21)

A resposta a cada item é dada numa escala do tipo Likert. A cada dimensão corresponde o seu conjunto de itens e, a pontuação final nas oito dimensões resulta da transformação dos valores obtidos em cada item. Os valores finais encontram-se situados entre 0 e 100. Assim, quanto mais próximo do valor 100, melhor é a percepção do estado de saúde e qualidade de vida em relação à dimensão em causa.

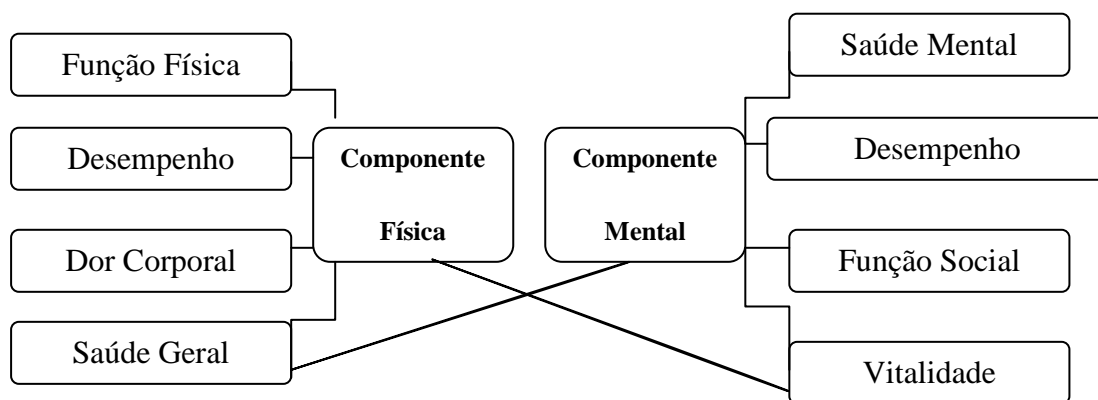
Um dos 36 itens corresponde à escala da transição ou mudança de saúde (item 36) e não está incluído no cálculo da pontuação dos oito conceitos de saúde. Este item pede ao indivíduo que informe acerca do grau de mudança em geral na sua saúde.

Estas oito subescalas (dimensões) podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental), obtidas a partir de análises factoriais principais. A componente de saúde mental engloba a saúde mental (SM), o desempenho emocional (DE), a função social (FS) e a vitalidade (VT). A componente física engloba a função física (FF), o desempenho físico (DF), a dor corporal (DC) e a saúde em geral (SG).

Para Ferreira (2000a) o questionário de qualidade de vida SF-36 apresenta boas qualidades psicométricas, ou seja, uma consistência interna dada pelo *Alpha de Cronbach* com valor 0,70, considerada satisfatória. Os valores de fiabilidade (consistência e precisão dos resultados) encontrados para cada dimensão igualam ou excedem 0,80 (padrões aceitáveis usados), com excepção para a “função social” que é de 0,76.

No que se refere aos testes de validade o autor procedeu à determinação da validade de conteúdo, discriminante e de critério, tendo-se verificado que o instrumento SF-36 apresenta boa validade.

Figura 7 - Modelo Factorial SF 36 com duas componentes



Fonte: Ferreira (1998, p.23)

1.3.3 - Inventário de Saúde Mental (MHI)

O *Mental Health Inventory* (MHI) tem como objectivo avaliar epidemiologicamente a saúde mental nas suas dimensões positivas e negativas. A adaptação portuguesa é de José Luís Pais Ribeiro (2001), tendo a versão original sido desenvolvida, no âmbito do *Health Insurance Study*, pela *RAND Corporation*. Este inventário foi concebido para avaliar a saúde mental da população em geral e conta com duas versões: uma de 38 itens e outra reduzida de 5 itens (MHI-5). A versão de 5 itens está incluída na versão de 38 itens, embora possa ser utilizada autonomamente. No seu estudo de validação do MHI para a população portuguesa, que envolveu 609 estudantes saudáveis pré-universitários e universitários do Porto, com idades entre os 16 e os 30 anos, afirma que na escala total as dimensões negativas apresentam mais peso para a nota final (Ribeiro, 2001).

Ribeiro (2001, p.92) expressa que “as versões portuguesas da escala MHI e da MHI-5 apresentam estruturas semelhantes à versão original”. Este instrumento de auto resposta inclui 38 itens que servem para medir tanto o *distress* psicológico como o bem-estar psicológico, distribuídos por cinco subescalas (Ansiedade – 10 itens, Depressão – 5 itens, Perda de controlo emocional/ comportamental – 9 itens, Afecto positivo – 11 itens e Laços emocionais – 3 itens), que por sua vez se agrupam em duas grandes dimensões, que medem, respectivamente, o **distress psicológico** (que resulta da soma das subescalas de ansiedade,

depressão e perda do controlo emocional/ comportamental) e o **bem-estar psicológico** (soma das subescalas afecto geral positivo e laços emocionais).

A resposta a cada item é feita numa escala ordinal de cinco ou seis posições, baseada em parâmetros como a frequência e a intensidade. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada subescala, sendo que alguns itens são cotados de modo invertido. **Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental** (Anexo E).

A consistência interna da escala foi medida através de vários métodos. Todos eles apresentam valores superiores a 0,90 para o total da escala. O valor do coeficiente *alfa* de *Cronbach* de 0,96 coincide com o obtido para o estudo de adaptação para a população portuguesa e o da escala original (Ribeiro, 2001).

Ribeiro (2001), ao avaliar a validade convergente dos itens, indicou que a escala apresenta uma estrutura mais adequada do ponto de vista psicométrico quando os itens se agrupam em duas dimensões (MHIDIST e MHIBEST) do que quando são consideradas as cinco subescalas.

Costa (2005, p.89) afirma que *“a inspecção das correlações entre MHI e as suas dimensões mostra que todas apresentam magnitude elevada. A dimensão Distress apresenta correlações muito elevadas com as subescalas que a compõem, explicando quase 90 por cento da variância de cada uma”*. Esta dimensão é a que explica melhor o resultado total do MHI.

De acordo com a informação apresentada, são consideradas boas características psicométricas para o *Mental Health Inventory*, fazendo-se uso neste estudo da versão completa da escala, com as suas cinco dimensões (três negativas e duas positivas) e quatro subescalas.

1.3.4 - Escala de Satisfação com o Suporte Social

Ribeiro (1999a, p.551) refere que *“existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, considera os diversos aspectos, componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade”*.

Para este autor, a percepção é uma dimensão dos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida, pelo que construiu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Ribeiro (1999a) tem como objectivo verificar o grau de satisfação dos indivíduos relativamente à sua família, amigos, intimidade e actividades sociais (Anexo E).

O mesmo autor recorreu a um conjunto de medidas que expressam saúde, bem-estar ou mal-estar, ou que estão intimamente ligadas a essas variáveis. As medidas utilizadas para validação da ESSS foram as seguintes: auto conceito geral avaliado com a adaptação portuguesa do *self perception profile for college students* (Ribeiro, 1994), a saúde mental avaliada com recurso ao inventário de saúde mental, adaptação portuguesa (Ribeiro, 1998) do *Mental Health Inventory* (Veit e Ware, 1983) e a percepção geral de saúde avaliada com recurso a uma adaptação da *General Health Perception Battery* (Brook *et al*, 1979).

O instrumento utilizado avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Siqueira, 2008).

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-preenchimento, como um conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte”, e “discordo totalmente” (Ribeiro, 1999).

Para Ribeiro (1999b, p.108) “*as Escalas de Likert incluem vários itens, que devem ser somados para produzir uma nota e os itens somados por pertencerem à mesma escala devem ter correlações elevadas uns com os outros*”. Sendo uma escala multidimensional, avalia quatro dimensões ou factores, com valores de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala global de 0,85, o que revela uma boa consistência interna.

A cotação da escala é feita da seguinte forma (Ribeiro, 1999a):

- O primeiro factor, *satisfação com a amizade (SA)*, mede a satisfação com as amizades/amigos. Inclui cinco itens (3, 12, 13,14 e 15), que têm uma boa consistência interna de 0,83;
- O segundo factor, *intimidade (IN)*, mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (1, 4, 5 e 6), que têm uma consistência interna de 0,74. Apesar o valor ser inferior a 0,80 considera-se que o factor tem uma consistência interna aceitável porque apresenta poucos itens;
- O terceiro factor, *satisfação com a família (SF)*, mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (9, 10 e 11), que têm uma consistência interna de 0,74. Tal como o anterior, também tem uma consistência interna boa, visto ter ainda menos itens;
- O quarto factor, *actividades sociais (AS)*, mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens (2, 7 e 8), que têm uma consistência interna de 0,64. Ribeiro (1999b) considera consistência interna aceitável para valores acima 0,60 e com número de itens baixo.

A validade discriminante de um item evidencia-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence. Observa-se que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. O segundo valor mais elevado é, sempre, com o resultado da escala total que resulta da soma de todas as escalas.

Investigou-se a validade concorrente com medidas de saúde e bem-estar e com medidas de mal-estar. A ideia subjacente é a de que a ESSS deve estar associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja, deve predizer resultados positivos (correlação positiva estatisticamente significativa) das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos (correlação negativa estatisticamente significativa) com medidas indicadoras de mal-estar. Simultaneamente os valores da correlação, embora significativos, não devem ser tão elevados de molde a parecer que são a mesma medida. O valor critério considerado é que não deve exceder valores de correlação de 0,60, ou seja, uma nota não deve predizer mais de um terço da outra (Ribeiro, 1999a).

A nota final da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou subescala. Os itens são cotados, atribuindo o valor «1» aos itens assinalados em «A» e «5» aos assinalados em «E». São excepção os itens invertidos: 4, 5, 9, 10, 11, 12,13, 14 e 15 (Anexo F).

A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

A escala pode ser tratada com valores médios (entre 1 e 5), correspondendo a valores médios mais elevados maior satisfação com o suporte social. De acordo com Baptista *et al* (2006), a pontuação da escala pode ser dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alto, médio e baixo suporte social, ou seja, alto suporte social (51 a 75 pontos), médio suporte social (26 a 50 pontos) e baixo suporte social (até 25 pontos).

1.4 - PROCEDIMENTOS

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados, houve necessidade de realizar a sua aplicação a utentes com características semelhantes aos da amostra do estudo, através do pré-teste, com o objectivo de identificar possíveis lacunas, más interpretações e quantificar o tempo de demora.

Este procedimento decorreu entre os dias 23 e 27 de Novembro 2009 a uma amostra de cinco utentes que se encontravam internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação

da Associação de Beneficência Popular de Gouveia, tendo havido a necessidade de acrescentar alguns itens aos dados sócio demográficos do utente.

Para realizar esta investigação foi pedida autorização, por *email* ou carta, à Equipa Coordenadora Regional do Centro, na pessoa da Dr.^a Maria José Hespanha (Anexo B).

Também foi solicitada autorização e colaboração aos Directores Técnicos/responsáveis de cada Unidade de Cuidados Continuados integrados (Anexo C).

Da mesma forma, foi pedida a autorização para o uso da ESSS e MHI ao autor, por *email*, apesar destas se encontrarem publicadas. Esta autorização foi concedida (Anexo A).

A recolha de dados decorreu entre os dias 01 de Dezembro 2009 e 28 de Fevereiro 2010, sendo efectuada pelo investigador e colaboradores responsáveis em cada Unidade de Cuidados Continuados Integrados após os devidos esclarecimentos e instruções de preenchimento do respectivo instrumento de recolha de dados.

Todos os participantes foram informados dos objectivos do estudo, da garantia da confidencialidade e do acesso aos resultados, após o que forneceram ao investigador e colaboradores o seu consentimento livre e esclarecido por escrito (Anexo F), para a participação na investigação, como previsto pelos Códigos de Ética e pela Declaração de Helsínquia.

Os questionários são de auto-preenchimento, com a presença do investigador ou colaborador, em alguns casos foi necessário que se lesse as afirmações aos participantes e, posteriormente, era dada uma resposta pelo participante que era assinalada pelo investigador ou colaborador. Esta recolha demorou aproximadamente 15 a 25 minutos por participante.

Relativamente à ordem de administração, em primeiro lugar foi assinado o consentimento informado, e por fim a aplicação do questionário.

A premissa inicial de que os enfermeiros e directores técnicos deveriam ter predisposição para participar na recolha de dados interessadamente e sem reservas, que não as decorrentes dos condicionalismos do seu próprio trabalho, não correspondeu às nossas expectativas. A adesão foi muito, mas muito difícil, provavelmente fruto da falta de recursos humanos disponíveis para colaborar na aplicação do questionário e do tipo de utentes internados nas UMDR (patologias, referências).

1.4.1 - Procedimentos Estatísticos

Após a realização dos questionários e respectiva codificação de respostas, elaborou-se uma base de dados com o intuito de se proceder ao tratamento dos mesmos. Para tal, recorreu-

se a uma investigação detalhada da informação recolhida, através do Programa Statistical Package for Social Sciences 18.0 for Windows (SPSS for Windows).

Inicialmente os dados foram analisados recorrendo à metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo).

Pelo teste de Shapiro-Wilk (visto tratar-se de uma amostra inferior a 50 inquiridos), verificou-se que a distribuição de dados referentes às variáveis dependentes, encontra-se enquadrada na normalidade ($p > 0,05$).

O efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi analisado através de testes paramétricos, nomeadamente *Teste t de Student* não emparelhado, pois permite comparar as médias entre os grupos, e *Testes de ANOVA (Análise de Variância)* e *Correlações de Pearson*.

A consistência interna dos factores pode definir-se como “a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões” (Pestana & Gageiro, 2003, p.542).

O *Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência de um grupo de itens, podendo ser definido como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com o mesmo número de variáveis que medem os mesmos aspectos.

De acordo com Pestana e Gageiro (2003), este coeficiente varia entre 0 e 1, sendo inadmissíveis resultados de *alpha* $< 0,6$; de fraca consistência interna valores de *alpha* entre 0,6 e 0,7; razoável quando *alpha* se situa entre 0,7 e 0,8; boa com *alpha* entre 0,8 e 0,9 e com uma consistência interna muito boa quando *alpha* $> 0,9$.

No estudo de validação dos instrumentos, a consistência interna do questionário foi avaliada através do *alfa Cronbach* (0,892).

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma correlação entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 ou não se confirmando se superior a esse valor. Contudo, podem ser obtidas outras conclusões quando se aumenta o nível de significância para 10% ($\alpha = 0,10$), permitindo afirmar que as variáveis começam a apresentar relação entre elas.

III PARTE - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

É neste capítulo que são apresentados os resultados da pesquisa efectuada na sua vertente descritiva e analítica. Por uma questão metodológica, começar-se-á por efectuar a caracterização da população/ amostra, às quais se segue a análise das variáveis independentes e dependente. Por último, serão analisadas as hipóteses formuladas.

Com base no questionário aplicado a 46 utentes, correspondendo a 28 observações na primeira avaliação (admissão) e à segunda avaliação com 32 observações (60 dias), procedeu-se ao seu tratamento estatístico, iniciando-se este pela descrição dos valores obtidos na análise das várias componentes do questionário, após aplicaram-se técnicas analíticas para obter as respectivas correlações entre as componentes em estudo.

Em função dos dados obtidos, e face às componentes intervenientes seleccionadas, são descritos alguns resultados encontrados, assim como a discussão dos resultados obtidos.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO

As UMDR destinam-se à reabilitação e ao apoio social por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Estão previstas para internamentos com duração inferior a 90 dias.

Segundo o relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI (2010, p.57) *“a demora média de internamento registada na tipologia de Média Duração e Reabilitação situou-se em 76 dias, representando uma diminuição de 12% em relação a 2008, mas também com assimetrias regionais”*. O número de dias de internamento nas UMDR da região Centro corresponde a 71 dias.

De acordo com o relatório supracitado, as taxas de ocupação são superiores a 90% (tal como ocorre nas tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) e reflectem uma saturação das vagas disponíveis.

Com base no relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI (2010), pode-se traçar o perfil do utente que ingressa na tipologia de Média Duração e Reabilitação, ou seja, é do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, casada e pertencendo

a uma família natural, com o primeiro ciclo de escolaridade, e encontrando-se dependente nas actividades de vida diária.

Segundo o Relatório final do Instituto Nacional de Administração sobre o estudo de caracterização dos utentes da RNCCI (2009), há a realçar os seguintes aspectos:

- ❖ O diagnóstico principal inerente ao internamento dos utentes na RNCCI incide sobre as queixas do aparelho circulatório, referentes ao foro do AVC (36%), seguidos do sistema músculo-esquelético (20%);
- ❖ A repartição entre sexos é equilibrada, havendo 50,7% de mulheres e 49,3% de homens;
- ❖ Os mais jovens apresentam um quadro de queixas emocionais mais positivo. Também o número de pessoas com estado cognitivo adequado diminui à medida que aumenta a idade, com distribuição similar entre os sexos, mas com tendência para se agravar no caso das mulheres;
- ❖ No que diz respeito ao estado social são as mulheres e os mais idosos que apresentam resultados menos positivos. Nos homens mais idosos, o quadro evolutivo desta dimensão é positivo.

No período da recolha de dados existiam 20 Unidades de Média Duração e Reabilitação, distribuídas por seis distritos (Aveiro, Guarda, Coimbra, Viseu, Castelo Branco e Leiria), totalizando 397 camas para esta tipologia. Estes dados são observáveis no quadro 3.

Quadro 3 - Número de Camas em UMDR da Região Centro

Distrito	Número de Camas
Aveiro	54
Castelo Branco	10
Coimbra	187
Guarda	21
Leiria	71
Viseu	54
Total	397

No entanto, há que realçar o facto de em Dezembro 2009, após o início da recolha de dados, ter aumentado para 21 UMDR perfazendo 437 camas. Esta investigação abrangeu nove UMDR da Região Centro, correspondendo a 162 camas, distribuídas por seis distritos (Quadro 4), o que corresponde a 45,00% do número total de UMDR da região Centro e 41,00% do número de camas existentes nessa região.

Quadro 4 – Número de camas das UMDR da Região Centro pertencentes à amostra

Distrito	UMDR	Número de Camas
Aveiro	SCM da Mealhada	30
Castelo Branco	SCM do Fundão	10
Coimbra	Naturidade	30
	Solar de Billadonnes	19
	SCM de Tábua	23
Guarda	ABPG	12
Leiria	SCM de Figueiró dos Vinhos	15
Viseu	SCM de Mortágua	15
	SCM de Oliveira de Frades	8
Total		162

1.1.1 - Caracterização da Amostra

A amostra obtida é constituída por 46 indivíduos que tiveram um processo de internamento numa UMDR da Região Centro, entre os meses de Dezembro 2009 e Fevereiro 2010. Contudo, durante o período de recolha de dados foram feitas 60 observações, divididas por dois momentos avaliativos: a admissão com 28 observações e após 60 dias de internamento com 32 observações.

UMDR do estudo

Analisando a tabela 1, verifica-se que 36,90% dos inquiridos é da UMDR de Gouveia, seguido de 15,20% de Penacova. Apenas 2,20% são da UMDR de Oliveira de Frades e Penela.

Tabela 1 - Distribuição dos inquiridos segundo a Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMDR	Nº	%
Gouveia	17	36.90
Penacova	07	15.20
Mortágua	05	10.90
Tábua	05	10.90
Mealhada	05	10.90
Fundão	03	06.50
Figueiró dos Vinhos	02	04.30
Oliveira de Frades	01	02.20
Penela	01	02.20
Total	46	100.00

Grupos de colheita de dados

Observando a tabela 2, constata-se que 30,45% dos inquiridos pertencem ao grupo de utentes que responderam ao questionário no acto da admissão (1º momento de avaliação). Após 60 dias da admissão (2º momento de avaliação) na instituição encontra-se 39,10% da amostra. Na condição de admissão e ≥ 60 dias encontram-se 30,45% dos inquiridos.

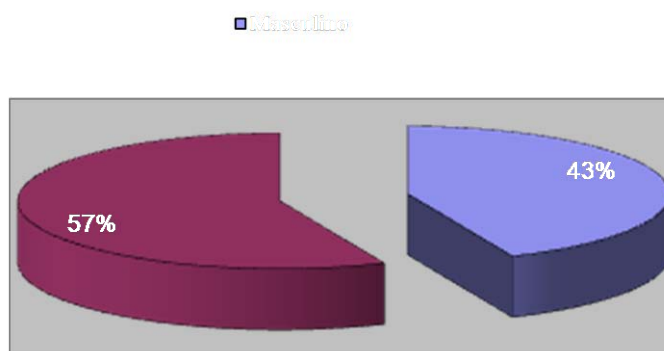
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos segundo os grupos da colheita de dados

Grupos da colheita de dados	N.º	%
Admissão	14	30.45
60 dias	18	39.10
Admissão + 60 dias	14	30.45
Total	46	100.00

Género

Verifica-se pela análise do gráfico 1, que a amostra é maioritariamente feminina sendo que 57,0%, e os restantes 43,0% são do sexo masculino.

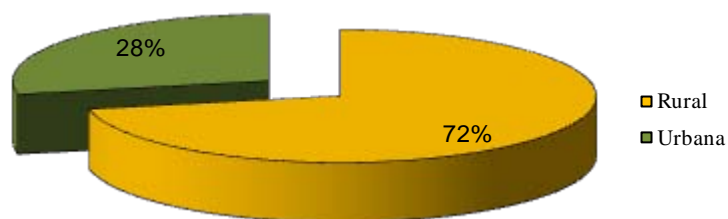
Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos segundo o Sexo



Proveniência

Quanto à proveniência dos inquiridos, verifica-se pela análise do gráfico 2, que a grande maioria dos inquiridos com 72,00% provém do meio rural e 28,00% do meio urbano.

Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos segundo a Proveniência



Idade

No total de 46 utentes que participaram no estudo, verifica-se que em relação à idade, como se pode observar na tabela 3, a faixa etária predominante situa-se acima dos 70 anos (67,45%), seguindo-se os indivíduos com idade compreendida entre 61-70 anos. Apenas 4,30% dos inquiridos têm entre 41-50 anos.

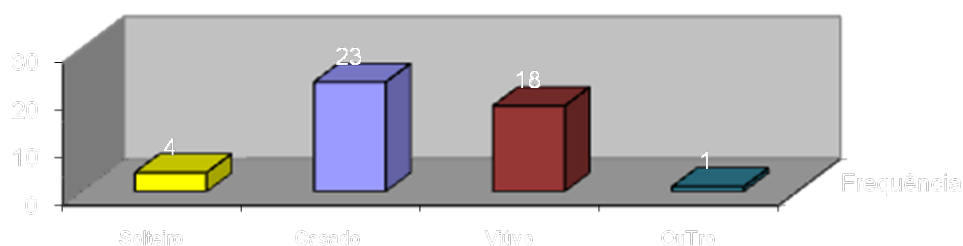
Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos segundo a Idade

Idade	N.º	%
41-50 anos	02	04.30
51-60 anos	03	06.50
61-70 anos	10	21.75
>70 anos	31	67.45
Total	46	100.00

Estado civil

Observando a gráfico 3, conclui-se que 50% dos indivíduos da amostra são casados, 39,10% viúvos e apenas 8,70% solteiros.

Gráfico 3 - Distribuição dos inquiridos segundo o Estado Civil



Coabitação

Relativamente a coabitação representada na tabela 4, pode salientar-se que metade da amostra (50,00%) vive com a esposa/marido, seguem-se os que referem que vivem sozinhos e os que habitam com os filhos/filhas, respectivamente com 21,70% e 19,60%.

Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos segundo a Coabitação

Coabitação	N.º	%
Esposa/Marido	23	50.00
Vive sozinho(a)	10	21.70
Filho(s)/Filha(s)	09	19.60
Lar	01	02.20
Pai	01	02.20
Irmão e Cunhada	01	02.20
Mãe	01	02.20
Total	46	100.00

Distrito da residência

Quanto ao distrito da residência, constatou-se que 36.90% dos inquiridos residem no distrito da Guarda, 19,60% no distrito de Coimbra, 15,20% no distrito de Viseu e no distrito de Castelo Branco, 10,90% do distrito de Aveiro e 2,20% no distrito de Leiria. Verifica-se que a UMDR da ABPG pertencente ao distrito da Guarda, acolheu 4 utentes pertencentes ao concelho de Gouveia.

Tabela 5 - Distribuição dos inquiridos segundo o Distrito da residência

Distrito da Residência	N.º	%
Guarda	17	36.90
Coimbra	09	19.60
Castelo Branco	07	15.20
Viseu	07	15.20
Aveiro	05	10.90
Leiria	01	02.20
Total	46	100.00

Habilitações Académicas

Em relação ao nível de escolaridade, verifica-se que a amostra situa-se maioritariamente no 1º ciclo de escolaridade com 76,10%. Também pela análise da tabela 6 denota-se que 17,40% dos inquiridos não possuem qualquer escolaridade.

Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos segundo as Habilitações académicas

Habilitações Académicas	N.º	%
Sem escolaridade	08	17.40
1º Ciclo do Ensino Básico	35	76.10
2º Ciclo do Ensino Básico	01	02.20
3º Ciclo do Ensino Básico	02	04.30
Total	46	100.00

Situação profissional

Relativamente a situação profissional, observa-se que a grande maioria dos indivíduos da amostra é reformado, com 91,30%. Seguem-se com igual percentagem (2,20%) os trabalhadores do quadro, os prestadores de serviços, os desempregados e os agricultores.

Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos segundo a Situação profissional

Situação profissional	N.º	%
Reformado(a)	42	91.30
Trabalhador do quadro	01	02.20
Prestação de Serviço – Recibo Verde	01	02.20
Desempregado	01	02.20
Agricultor	01	02.20
Total	46	100.00

Valor do rendimento mensal

Quanto ao valor do rendimento mensal, constata-se pela análise da tabela 8 que 54,35% dos inquiridos referem que o valor do seu rendimento mensal está compreendido entre 250 e 400€, seguem-se os indivíduos com rendimento inferior a 250€. Também se torna significativo que 4,30% dos utentes não sabe qual o valor do seu rendimento mensal, ou seja da sua pensão de reforma.

Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos segundo o Valor do rendimento mensal

Valor do rendimento mensal	N.º	%
Inferior a 250 €	11	23.95
Entre 250 a 400 €	25	54.35
Entre 401 a 500 €	03	06.50
Entre 501 a 1000 €	03	06.50
Superior a 1000 €	02	04.30
Não sabe	02	04.30
Total	46	100.00

Frequência de visitas

Analisando a tabela 9, denota-se que 34,80% dos inquiridos recebem visitas semanalmente, seguem-se os indivíduos que recebem visitas diariamente e em dias alternados, respectivamente com 21,70% e 19,60%.

Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos segundo a Frequência de visitas

Frequência das Visitas	N.º	%
Diariamente	10	21.70
Dias alternados	09	19.60
Dois dias por semana	05	10.90
Semanalmente	16	34.80
Quinzenalmente	03	06.50
Mensalmente	01	02.20
Quando podem	02	04.30
Total	46	100.00

Diagnóstico Principal

O diagnóstico principal inerente ao internamento dos indivíduos na RNCCI, foi registado segundo a International Classification of Diseases versão 9 (ICD9). Pela análise da tabela 10, salienta-se que 45,60% da amostra encontra-se na UMDR devido a doenças do aparelho circulatório, essencialmente do foro de acidentes vasculares cerebrais, seguem-se os inquiridos com doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo que englobam maioritariamente fracturas e artroses, com 34,80%.

Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos segundo o Diagnóstico Principal

Diagnóstico Principal (ICD9)	N.º	%
Doenças do aparelho circulatório	21	45.60
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	16	34.80
Doenças do sistema nervoso	04	09.70
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	02	04.30
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	01	02.20
Neoplasias (Tumores)	01	02.20
Doenças do aparelho respiratório	01	02.20
Total	46	100.00

Tempo de Internamento dos inquiridos

Relativamente ao tempo de internamento na UMDR, no quadro 5 estão representadas as estatísticas, de onde é salientado um mínimo de 2 dias e um máximo de 80 dias, a média centra-se nos 49,78 dias, com um desvio padrão de 32,306 dias.

Quadro 5 - Estatísticas relativas ao Tempo de Internamento dos inquiridos

Tempo de internamento (Dias)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	49,78	32,306	2	80

Qualidade de Vida

Em relação à Qualidade de Vida, no quadro seguinte estão as estatísticas obtidas quer na primeira avaliação com 28 observações, quer na segunda avaliação com 32 observações.

Pela análise do quadro anterior constata-se que a média da qualidade de vida dos inquiridos na componente saúde física pauta-se em 38,68, e na componente de saúde mental apresenta 71,25, no primeiro momento avaliativo (admissão). Os utentes com ≥ 60 dias de internamento apresentam na componente saúde física, média 41,00, e na componente saúde mental a média 77,91. Portanto, pode-se afirmar que a média das componentes física e mental aumentou, demonstrando que a percepção sobre a qualidade de vida global dos utentes é mais valorizada no segundo momento avaliativo (118,91).

Quadro 6 - Estatísticas relativas à Escala de Qualidade de Vida dos inquiridos

	Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1ª Avaliação (Admissão)	Funcionamento físico	13,79	5,425	10	30
	Desempenho físico	6,71	2,955	4	12
	Dor corporal	5,96	2,631	2	11
	Saúde geral	12,21	3,852	5	22
	Vitalidade	12,04	4,176	6	22
	Funcionamento social	38,07	11,431	18	69
	Desempenho emocional	6,18	3,443	3	15
	Saúde mental	14,96	4,749	7	26
	Qualidade de Vida Global	109,93	27,798	57	190
	<i>Componente Física</i>	<i>38,68</i>	<i>9,129</i>	<i>22</i>	<i>61</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>71,25</i>	<i>21,006</i>	<i>35</i>	<i>132</i>	
2ª Avaliação (≥60 dias)	Funcionamento físico	14,19	3,90	10	24
	Desempenho físico	7,66	2,88	4	14
	Dor corporal	6,37	2,54	2	11
	Saúde geral	12,78	3,52	6	20
	Vitalidade	13,00	3,92	6	21
	Funcionamento social	41,41	10,80	17	62
	Desempenho emocional	6,97	3,03	3	12
	Saúde mental	16,53	5,01	7	25
	Qualidade de Vida Global	118,91	25,41	59	167
	<i>Componente Física</i>	<i>41,00</i>	<i>8,721</i>	<i>26</i>	<i>56</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>77,91</i>	<i>18,904</i>	<i>33</i>	<i>114</i>	

Saúde Mental

No que concerne à vertente da Saúde Mental, no quadro seguinte estão as estatísticas obtidas quer na primeira avaliação com 28 observações, quer na segunda avaliação com 32 observações.

Pela análise do quadro seguinte, e após o agrupar das dimensões obtém-se que o *distress* psicológico (MHIDIST) tem 82,29 de média e o bem-estar psicológico (MHIBEST) apresenta média igual a 57,54, no momento da admissão. No entanto, no segundo momento avaliativo o MHIDIST é igual a 86,22 e o MHIBEST apresenta 52,72 de média.

Pode-se afirmar que, no segundo momento avaliativo os utentes manifestam menor valorização na qualidade de saúde mental global (138,94), afectando de forma significativa o

distress psicológico. No que se refere ao bem-estar psicológico, revela-se que diminuiu consideravelmente, sendo visível uma acentuada desvalorização nas dimensões afecto positivo (47,36 *versus* 42,94) e laços emocionais.

Quadro 7 - Estatísticas relativas à Escala de Saúde Mental dos inquiridos

	Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1ª Avaliação (Admissão)	Ansiedade	33,07	10,705	10	56
	Depressão	19,14	5,414	7	29
	Perda de controlo	30,07	7,916	17	47
	Afecto positivo	47,36	8,029	31	61
	Laços emocionais	10,18	3,345	4	18
	Saúde Mental Global	139,82	18,944	107	187
	<i>MHIDIST</i>	<i>82,29</i>	<i>22,451</i>	<i>41</i>	<i>132</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>57,54</i>	<i>10,185</i>	<i>37</i>	<i>73</i>	
2ª Avaliação (> 60 dias)	Ansiedade	35,09	9,786	18	51
	Depressão	19,34	5,380	6	27
	Perda de controlo	31,78	7,799	15	46
	Afecto positivo	42,94	13,016	21	66
	Laços emocionais	9,78	3,757	3	16
	Saúde Mental Global	138,94	15,360	100	164
	<i>MHIDIST</i>	<i>86,22</i>	<i>21,135</i>	<i>43</i>	<i>118</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>52,72</i>	<i>16,292</i>	<i>24</i>	<i>81</i>	

Suporte Social

No que diz respeito à satisfação com o Suporte Social, no quadro 8 estão as estatísticas obtidas na primeira avaliação com 28 observações, e na segunda avaliação 32 observações.

Observando o quadro seguinte, pode-se constatar que a média do suporte social global é ligeiramente superior nos utentes com pelo menos 60 dias de internamento, traduzindo que não existem diferenças significativas entre os dois momentos, apesar das dimensões intimidade e satisfação com os amigos ter diminuído. De forma geral, mantém-se uma satisfação com o suporte social de nível médio.

Quadro 8 - Estatísticas relativas à Escala de Suporte Social dos inquiridos

	Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1ª Avaliação (Admissão)	Intimidade	14,00	2,681	9	20
	Satisfação com a família	11,46	3,522	3	15
	Satisfação com os amigos	3,21	1,397	1	5
	Actividades sociais	7,57	2,834	3	14
	Suporte Social Global	36,25	7,947	20	54
2ª Avaliação (≥60 dias)	Intimidade	13,72	3,494	8	20
	Satisfação com a família	11,47	2,984	3	15
	Satisfação com os amigos	2,78	1,313	1	5
	Actividades sociais	8,53	2,501	3	13
	Suporte Social Global	36,50	7,658	21	51

1.2- ANÁLISE DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Optou-se por testar as hipóteses através de testes paramétricos, uma vez que existe uma distribuição normal das variáveis dependentes, como mostra o teste da normalidade.

Neste sentido, e pela análise do quadro 9 implica o assumir a existência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as variáveis dependentes, o que possibilita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Com a finalidade de saber quais os factores que influenciam a qualidade de vida, a saúde mental e a satisfação com o suporte social, formularam-se as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

Quadro 9 - Testes de normalidade de *Shapiro-Wilk*

	Shapiro-Wilk	
	Estatísticas	p
Qualidade de Vida (1ª avaliação)	0.909	0.153
Saúde Mental (1ª avaliação)	0.889	0.077
Suporte Social (1ª avaliação)	0.948	0.529
Qualidade de Vida (2ª avaliação)	0.935	0.353
Saúde Mental (2ª avaliação)	0.962	0.762
Suporte Social (2ª avaliação)	0.941	0.433

*p < 0,05

**p < 0,10

HIPÓTESE 1 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Vida e as variáveis sócio demográficas?

Gênero

Para saber se existe relação entre o gênero e a qualidade de vida, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se um *Teste t de Student* não emparelhado, pois permite comparar as médias entre os dois grupos.

De acordo com os resultados apresentados no quadro seguinte, verificou-se que os inquiridos do sexo masculino têm em média, melhor qualidade de vida em todas as dimensões, comparativamente aos utentes do sexo oposto.

No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global. Por sua vez, se $p < 0,10$, pode-se afirmar que na dimensão dor corporal ($p=0,050$) e na qualidade de vida global ($p=0,094$) existem diferenças estatisticamente significativas.

Assim, pode-se concluir que as dimensões dor corporal, qualidade de vida global e a componente física apresentam relação com o gênero.

Quadro 10 - Teste t de Student relacionando a Qualidade de Vida e o gênero

Gênero Dimensões	Masculino	Feminino	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	15,38	12,40	1,410	0,178
Desempenho físico	7,00	6,47	0,469	0,643
Dor corporal	7,00	5,07	2,051	0,050**
Saúde geral	12,92	11,60	0,903	0,375
Vitalidade	12,77	11,40	0,861	0,397
Funcionamento social	41,31	35,27	1,421	0,167
Desempenho emocional	7,00	5,47	1,184	0,247
Saúde mental	16,00	14,07	1,078	0,291
Qualidade de Vida Global	119,38	101,73	1,737	0,094**
<i>Componente Física</i>	<i>42,31</i>	<i>35,53</i>	<i>2,075</i>	<i>0,048*</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>77,08</i>	<i>66,20</i>	<i>1,390</i>	<i>0,176</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Proveniência

Para o estudo da relação entre proveniência e qualidade de vida, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se um Teste t de Student não emparelhado. Mediante os resultados apresentados no quadro seguinte, verificou-se que os inquiridos do meio rural têm em média, melhor qualidade de vida em todas as dimensões, comparativamente aos utentes do meio urbano. Constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para as dimensões funcionamento físico, qualidade de vida global e componente física. Todavia, se $p < 0,10$, pode-se afirmar que na dimensão vitalidade ($p = 0,088$) e na componente mental ($p = 0,084$) existem diferenças estatisticamente significativas.

Assim, pode-se concluir que as dimensões funcionamento físico, vitalidade, qualidade de vida global e a componente física e mental apresentam valores diferentes em função da proveniência.

Quadro 11 - Teste *t de Student* relacionando a Qualidade de Vida e a proveniência

Proveniência Dimensões	Rural	Urbano	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	15,41	11,27	2,452	0,022*
Desempenho físico	7,41	5,64	1,597	0,122
Dor corporal	6,24	5,55	0,671	0,508
Saúde geral	12,94	11,09	1,254	0,221
Vitalidade	13,12	10,36	1,770	0,088**
Funcionamento social	40,71	34,00	1,555	0,132
Desempenho emocional	6,82	5,18	1,245	0,224
Saúde mental	16,12	13,18	1,647	0,111
Qualidade de Vida Global	118,76	96,27	2,241	0,034*
<i>Componente Física</i>	<i>42,00</i>	<i>33,55</i>	<i>2,646</i>	<i>0,014*</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>76,76</i>	<i>62,73</i>	<i>1,797</i>	<i>0,084**</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Idade

Para estabelecer um cruzamento entre a idade e a qualidade de vida, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizada uma ANOVA, de onde se salienta pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos com 41-50 anos são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos 61-70 anos. Os utentes com 51-60 anos são os que apresentam pior qualidade de vida, apesar de obterem na dimensão de saúde geral uma

ordenação média mais elevada entre os grupos etários. No entanto, verificou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global. Por sua vez, se $p < 0,10$, pode-se afirmar que na dimensão saúde geral ($p = 0,062$) existem diferenças estatisticamente significativas.

Assim, pode-se concluir que a dimensão saúde geral apresenta relação com a idade.

Quadro 12 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a idade

Idade	41-50	51-60	61-70	>70	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	13,50	14,00	17,20	12,89	0,817	0,497
Desempenho físico	9,00	4,50	7,00	6,63	0,774	0,520
Dor corporal	7,50	7,50	5,40	5,79	0,529	0,666
Saúde geral	15,50	17,50	13,00	11,11	2,801	0,062**
Vitalidade	14,00	8,50	13,20	11,89	0,740	0,539
Funcionamento social	46,50	32,00	40,00	37,32	0,598	0,623
Desempenho emocional	9,50	4,00	8,20	5,53	1,848	0,165
Saúde mental	18,00	12,50	16,00	14,63	0,533	0,664
Qualidade de Vida Global	133,50	100,50	120,00	105,79	0,906	0,453
<i>Componente Física</i>	<i>45,50</i>	<i>43,50</i>	<i>42,60</i>	<i>36,42</i>	<i>1,294</i>	<i>0,299</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>88,00</i>	<i>57,00</i>	<i>77,40</i>	<i>69,37</i>	<i>0,916</i>	<i>0,448</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Estado civil

Recorreu-se ao teste estatístico de ANOVA para o estudo da relação entre estado civil e qualidade de vida. Dos resultados obtidos e expressos no quadro 13, pode verificar-se que os inquiridos solteiros são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos sujeitos viúvos. Os casados são os que apresentam pior qualidade de vida. É denotar que no grupo dos utentes com outro estado civil, as dimensões de dor corporal e saúde geral apresentam valores significativos em comparação com os diferentes estados.

No entanto, as diferenças entre as dimensões e qualidade de vida global não são estatisticamente significativas registando-se apenas significância para a dimensão saúde geral ($p < 0,05$) e desempenho físico ($p < 0,10$).

Desta forma, pode-se concluir que as dimensões desempenho físico e saúde geral apresentam relação com o estado civil.

Quadro 13 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o estado civil

Estado civil Dimensões	Solteiro	Casado	Viúvo	Outro	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	15,33	13,00	15,10	10,00	0,484	0,697
Desempenho físico	6,33	5,69	8,70	4,00	2,770	0,065**
Dor corporal	7,67	5,46	5,50	11,00	2,066	0,133
Saúde geral	15,00	11,69	10,90	22,00	4,158	0,017*
Vitalidade	14,67	11,23	12,50	8,00	0,868	0,472
Funcionamento social	47,00	35,77	37,60	35,00	0,783	0,516
Desempenho emocional	7,67	5,46	7,30	3,00	0,997	0,412
Saúde mental	18,33	14,38	14,30	14,00	0,608	0,616
Qualidade de Vida Global	132,00	102,69	111,90	107,00	0,903	0,455
<i>Componente Física</i>	<i>44,33</i>	<i>35,85</i>	<i>40,20</i>	<i>47,00</i>	<i>1,152</i>	<i>0,349</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>87,67</i>	<i>66,85</i>	<i>71,70</i>	<i>60,00</i>	<i>0,862</i>	<i>0,475</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Coabitação

Para analisar a influência da coabitação na qualidade de vida, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, salientando-se pela análise do quadro 14 que, em termos do global, os inquiridos que vivem com o pai são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos sujeitos que moram sozinhos.

Quadro 14 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a coabitação

Coabitação Dimensões	Sozinho	Cônjuge	Filhos	Lar	Pai	Irmã	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	12,60	13,00	15,43	11,00	17,00	18,00	0,424	0,827
Desempenho físico	6,40	5,69	9,00	4,00	10,00	5,00	1,925	0,131
Dor corporal	7,20	5,46	5,29	8,00	11,00	4,00	1,499	0,231
Saúde geral	15,00	11,69	10,00	12,00	20,00	13,00	2,310	0,079**
Vitalidade	13,60	11,23	11,29	13,00	22,00	9,00	1,750	0,165
Funcionamento social	40,60	35,77	36,71	43,00	69,00	29,00	2,203	0,091**
Desempenho emocional	4,80	5,46	7,86	3,00	15,00	5,00	2,827	0,041*
Saúde mental	15,20	14,38	14,43	18,00	26,00	11,00	1,481	0,236
Qualidade de Vida Global	115,40	102,69	110,00	112,00	190,00	94,00	2,469	0,064**
<i>Componente Física</i>	<i>41,20</i>	<i>35,85</i>	<i>39,71</i>	<i>35,00</i>	<i>58,00</i>	<i>40,00</i>	<i>1,363</i>	<i>0,276</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>74,20</i>	<i>66,85</i>	<i>70,29</i>	<i>77,00</i>	<i>132,00</i>	<i>54,00</i>	<i>2,506</i>	<i>0,061**</i>

p < 0,05

**p < 0,10

Os moradores em casa da irmã/cunhado são os que apresentam pior qualidade de vida, apesar de obterem maior média na dimensão funcionamento físico.

No entanto, constata-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão desempenho emocional e qualidade de vida global. Por sua vez, se considerar $p < 0,10$, verificam-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões saúde geral, funcionamento social, desempenho emocional e qualidade de vida global ($p = 0,064$).

Assim, pode-se concluir que as dimensões saúde geral, funcionamento social, desempenho emocional, qualidade de vida global e a componente mental, apresentam valores diferentes em função da coabitação.

Distrito da residência

Com o intuito de saber se utentes de distritos diferentes apresentam valores diferentes de qualidade de vida, foi elaborada esta hipótese, e para a testar foi utilizada uma ANOVA. Verifica-se pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos de Viseu são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos indivíduos do distrito da Guarda. Os utentes de Leiria são os que apresentam pior qualidade de vida. Contudo, as diferenças entre as dimensões e a qualidade de vida global não são estatisticamente significativas, concluindo-se que não existe relação entre o distrito da residência e a qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR da região Centro.

Quadro 15 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o distrito da residência

Distrito da residência Dimensões	Aveiro	C. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	13,25	10,60	11,33	16,50	16,00	13,75	0,984	0,451
Desempenho físico	7,75	7,60	8,00	6,80	6,00	4,25	0,834	0,540
Dor corporal	6,25	6,00	5,67	6,20	4,00	6,75	0,177	0,968
Saúde geral	10,25	13,20	10,33	13,20	11,00	13,00	0,537	0,746
Vitalidade	11,50	9,00	11,00	13,40	9,00	15,75	1,783	0,160
Funcionamento social	35,25	31,60	39,33	41,80	30,00	45,50	1,108	0,386
Desempenho emocional	9,00	6,20	7,00	5,80	6,00	4,50	0,737	0,604
Saúde mental	13,00	12,60	15,67	16,70	13,00	17,50	0,974	0,457
Qualidade de Vida Global	106,25	96,80	108,33	120,40	95,00	121,00	0,706	0,626
<i>Componente Física</i>	<i>37,50</i>	<i>37,40</i>	<i>35,33</i>	<i>42,70</i>	<i>37,00</i>	<i>37,75</i>	<i>0,474</i>	<i>0,792</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>68,75</i>	<i>59,40</i>	<i>73,00</i>	<i>77,70</i>	<i>58,00</i>	<i>83,25</i>	<i>0,890</i>	<i>0,505</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Habilitações académicas

Procurou-se determinar se diferentes habilitações académicas dos utentes internados estavam relacionadas com os diferentes níveis de qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR do estudo. Dos resultados obtidos com uma ANOVA, de onde há a salientar pela análise do quadro 16 que, em termos do global, os inquiridos com o 3º ciclo são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos utentes com o 2º ciclo. Os indivíduos sem habilitações académicas são os que apresentam pior qualidade de vida. A ordenação média mais alta situa-se ao nível da dimensão funcionamento social nos utentes com o 3º ciclo, tal como a ordenação média mais baixa se verifica na dimensão dor corporal nos sujeitos sem habilitações académicas. Contudo, constata-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões desempenho físico, funcionamento social, saúde mental, qualidade de vida global e componente física e mental ($p < 0,05$). Por sua vez, se considerar $p < 0,10$, verificam-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões funcionamento físico e desempenho emocional.

Neste sentido, pode-se concluir que as dimensões funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental, qualidade de vida global, componente física e mental apresentam relação com as habilitações académicas dos utentes.

Quadro 16 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e as habilitações académicas

Habilitações académicas	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Sem habilitações	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	13,37	13,00	23,50	12,20	2,701	0,069**
Desempenho físico	5,68	10,00	11,00	7,40	3,610	0,029*
Dor corporal	6,26	5,00	8,50	4,40	1,361	0,280
Saúde geral	12,16	15,00	16,50	11,00	1,187	0,336
Vitalidade	12,11	12,00	18,50	10,00	2,271	0,107
Funcionamento social	38,84	39,00	57,50	29,40	3,858	0,023*
Desempenho emocional	5,53	9,00	12,00	5,20	3,029	0,050**
Saúde mental	15,32	16,00	23,00	11,20	4,076	0,019*
Qualidade de Vida Global	109,26	119,00	170,50	90,80	6,368	0,003*
<i>Componente Física</i>	<i>37,47</i>	<i>43,00</i>	<i>59,50</i>	<i>35,00</i>	<i>6,025</i>	<i>0,003*</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>71,79</i>	<i>76,00</i>	<i>111,00</i>	<i>55,80</i>	<i>4,632</i>	<i>0,011*</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Valor do rendimento mensal

Recorreu-se uma vez mais para o estudo da relação da qualidade de vida e o rendimento mensal a uma ANOVA. Configura-se pelos resultados expressos no quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos com mais de 1000€ são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos sujeitos com 401-500€. Os utentes com 501-1000€ são os que apresentam pior qualidade de vida, apesar de obterem médias altas nas dimensões desempenho físico e desempenho emocional. As diferenças não são estatisticamente significativas, o que leva a afirmar que o valor do rendimento mensal não é explicativo para a qualidade de vida.

Quadro 17 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o rendimento mensal

Valor do rendimento mensal	<250€	250-400	401-500	501-1000	>1000€	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	13,50	14,07	10,00	12,50	20,00	0,786	0,571
Desempenho físico	6,50	6,57	4,00	8,00	8,00	0,347	0,879
Dor corporal	5,83	6,29	7,00	4,00	7,50	0,487	0,782
Saúde geral	12,00	13,07	14,00	5,50	14,00	1,655	0,189
Vitalidade	13,67	11,71	14,00	6,50	16,50	1,692	0,180
Funcionamento social	40,33	37,71	49,00	25,50	51,00	1,588	0,207
Desempenho emocional	7,17	5,93	3,00	7,50	6,00	0,291	0,913
Saúde mental	15,33	14,71	20,00	10,50	21,50	1,815	0,153
Qualidade de Vida Global	114,33	110,07	121,00	80,00	144,50	1,419	0,258
<i>Componente Física</i>	<i>37,83</i>	<i>40,00</i>	<i>35,00</i>	<i>30,00</i>	<i>49,50</i>	<i>1,149</i>	<i>0,366</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>76,50</i>	<i>70,07</i>	<i>86,00</i>	<i>50,00</i>	<i>95,00</i>	<i>1,353</i>	<i>0,282</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Situação profissional

Do estudo da relação entre situação profissional e qualidade de vida, resulta através do *Teste t de Student* não emparelhado realizado para o efeito que, os inquiridos reformados têm em média, melhor qualidade de vida em todas as dimensões, comparativamente aos desempregados, com exceção para a dimensão saúde mental, em que aqui verifica-se o oposto. No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global.

Concluindo-se assim, que não existe relação entre a situação profissional e a qualidade de vida dos utentes.

Quadro 18 - Teste *t de Student* relacionando a Qualidade de Vida e a situação profissional

Situação profissional	Desempregado	Reformado	t	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	13,00	13,81	-0,145	0,886
Desempenho físico	5,00	6,78	-0,584	0,565
Dor corporal	5,00	6,00	-0,367	0,716
Saúde geral	12,00	12,22	-0,056	0,956
Vitalidade	12,00	12,04	-0,009	0,993
Funcionamento social	36,00	38,15	-0,181	0,858
Desempenho emocional	4,00	6,26	-0,637	0,530
Saúde mental	15,00	14,96	0,008	0,994
Qualidade de Vida Global	102,00	110,22	-0,285	0,778
<i>Componente Física</i>	<i>35,00</i>	<i>38,81</i>	<i>-0,404</i>	<i>0,690</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>67,00</i>	<i>71,41</i>	<i>-0,202</i>	<i>0,841</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Confirma-se assim a primeira hipótese deste estudo, havendo diferenças significativas entre as variáveis sócio demográficas (género, proveniência, coabitação, habilitações académicas) e qualidade de vida global.

HIPÓTESE 2 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Vida e as variáveis clínicas?

Diagnóstico principal

Através do cruzamento entre as variáveis diagnóstico e qualidade de vida, formulou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, revelando pela análise do quadro 19 que, em termos do global, os inquiridos com problemas circulatórios são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos indivíduos portadores de doenças infecciosas/ parasitárias. Os utentes com neoplasia são os que apresentam pior qualidade de vida, tendo uma ordenação média mais alta a nível da dimensão funcionamento físico.

No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global.

Quadro 19 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e o diagnóstico principal

Diagnóstico	Infeciosas/ Parasitárias	Neoplasias	SNC	Circulatórias	Osteo/ conjuntivas	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	12,00	16,00	13,00	13,50	14,44	0,103	0,980
Desempenho físico	4,00	6,00	6,67	6,17	7,11	0,305	0,871
Dor corporal	11,00	4,00	5,67	6,25	5,44	1,127	0,371
Saúde geral	12,00	11,00	10,67	13,08	11,44	0,332	0,854
Vitalidade	12,00	9,00	9,67	13,00	11,67	0,467	0,759
Funcionamento social	35,00	30,00	33,67	41,58	36,89	0,477	0,752
Desempenho emocional	12,00	6,00	5,67	6,00	5,67	0,711	0,594
Saúde mental	10,00	13,00	12,67	16,67	15,00	0,803	0,537
Qualidade de Vida Global	108,00	95,00	97,67	116,25	107,67	0,323	0,859
<i>Componente Física</i>	<i>39,00</i>	<i>37,00</i>	<i>36,00</i>	<i>39,00</i>	<i>38,44</i>	<i>0,061</i>	<i>0,993</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>69,00</i>	<i>58,00</i>	<i>61,67</i>	<i>77,25</i>	<i>69,22</i>	<i>0,442</i>	<i>0,777</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Portanto, não existe relação entre o diagnóstico principal e a qualidade de vida dos utentes, uma vez que não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

HIPÓTESE 3 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Vida e as variáveis situacionais?

Frequência de Visitas

Para avaliar a relação entre a frequência de visitas e a qualidade de vida, elaborou-se esta hipótese, e para a testar foi utilizada uma ANOVA, havendo a salientar pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos com visitas bi-semanais são os que possuem, em média, melhor qualidade de vida, seguidos dos sujeitos que recebem visitas diariamente. Os utentes que apenas recebem visitas uma vez por semana são os que apresentam pior qualidade de vida.

No entanto, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global.

Quadro 20 - ANOVA relacionando a Qualidade de Vida e a frequência de visitas

Frequência de Visitas	Diário	Dias alternados	2 vezes semana	1 vez semana	15/15Dias	Quando pode	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	14,00	16,50	15,40	11,17	15,00	10,00	0,750	0,595
Desempenho físico	7,00	4,50	8,80	7,00	4,50	6,00	1,289	0,304
Dor corporal	6,33	4,75	5,00	5,83	7,50	8,00	0,675	0,646
Saúde geral	11,33	11,50	14,80	10,33	12,50	16,50	1,475	0,238
Vitalidade	12,44	13,50	13,20	10,50	10,50	10,50	0,413	0,834
Funcionamento social	40,44	39,00	40,20	35,33	32,00	34,50	0,294	0,911
Desempenho emocional	6,78	3,50	7,40	5,33	8,50	6,00	0,903	0,497
Saúde mental	16,11	15,00	16,80	13,83	10,50	13,00	0,703	0,627
Qualidade de Vida Global	114,44	108,25	121,60	99,33	101,00	104,50	0,407	0,838
<i>Componente Física</i>	<i>38,67</i>	<i>37,25</i>	<i>44,00</i>	<i>34,33</i>	<i>39,50</i>	<i>40,50</i>	<i>0,603</i>	<i>0,699</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>75,78</i>	<i>71,00</i>	<i>77,60</i>	<i>65,00</i>	<i>61,50</i>	<i>64,00</i>	<i>0,366</i>	<i>0,866</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Suporte social

Ao se formular esta hipótese, procurou-se saber de que forma o Suporte social influenciava a qualidade de vida e suas dimensões (*scores*), e para isso, optou-se por aplicar uma *Correlação de Pearson*.

Dos resultados expressos no quadro seguinte, destaca-se que o valor das correlações é maioritariamente positivo (à exceção do funcionamento físico e dor corporal), o que significa que, à medida que aumenta a satisfação com o suporte social melhora a qualidade de vida, apesar dos valores de associação não serem significativos.

Contudo, constatou-se que essas associações revelam diferenças estatísticas significativas, para as dimensões vitalidade, funcionamento social e componente mental ($p < 0,05$). Por sua vez, com ($p < 0,10$) verificam-se diferenças significativas para a dimensão de vitalidade, funcionamento social, saúde mental e qualidade de vida global ($p = 0,092$).

Assim, pode-se concluir que as dimensões vitalidade, funcionamento social, saúde mental, qualidade de vida global e componente mental apresentam relação com o suporte social.

Quadro 21 - Correlação relacionando a Qualidade de Vida com o Suporte Social

Suporte social	r	p
Dimensões		
Funcionamento físico	-0,016	0,936
Desempenho físico	0,107	0,587
Dor corporal	-0,021	0,916
Saúde geral	0,033	0,867
Vitalidade	0,410	0,030*
Funcionamento social	0,380	0,046*
Desempenho emocional	0,281	0,147
Saúde mental	0,355	0,063**
Qualidade de Vida Global	0,324	0,092**
<i>Componente Física</i>	<i>0,033</i>	<i>0,866</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>0,415</i>	<i>0,028*</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

A terceira hipótese deste estudo confirma-se, pelo que existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR da região Centro.

HIPÓTESE 4 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Vida e o tempo de internamento?

Tempo de internamento

No intuito de se determinar a relação entre o tempo de internamento e qualidade de vida e suas dimensões (*scores*), optou-se por aplicar uma *Correlação de Pearson*.

Pela análise do quadro seguinte, verifica-se a existência de correlações negativas em todas as dimensões, explicitando que com o aumento do tempo de internamento, diminui a qualidade de vida, com exceção para saúde geral, funcionamento social e saúde mental, em que aqui constata-se correlações positivas.

Contudo, constatou-se que essas associações revelam diferenças estatísticas significativas para a dimensão funcionamento físico ($p=0,031$).

Assim, pode-se concluir que a dimensão funcionamento físico apresenta valores diferentes em função do tempo de internamento.

Quadro 22 - Correlação relacionando a Qualidade de Vida com o tempo de internamento

Tempo de internamento	r	p
Dimensões		
Funcionamento físico	-0,576	0,031*
Desempenho físico	-0,005	0,987
Dor corporal	-0,026	0,929
Saúde geral	0,095	0,747
Vitalidade	-0,011	0,970
Funcionamento social	0,019	0,949
Desempenho emocional	-0,042	0,886
Saúde mental	0,026	0,928
Qualidade de Vida Global	-0,086	0,770
<i>Componente Física</i>	<i>0,115</i>	<i>0,560</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>0,116</i>	<i>0,557</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de internamento e a qualidade de vida dos utentes em estudo, excepto na dimensão funcionamento físico.

HIPÓTESE 5 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Saúde Mental e as variáveis sócio demográficas?

Género

Para o estudo da relação entre saúde mental e género dos utentes internados nas UMDR utilizou-se um *Teste t de Student* não emparelhado.

Assim, ao comparar as médias das dimensões da escala e o género dos sujeitos da amostra, verificou-se que os inquiridos masculinos têm em média, melhor saúde mental em todas as dimensões, comparativamente aos femininos, com excepção para afecto positivo e laços emocionais, em que aqui se verifica o oposto. Contudo, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global, com excepção para a ansiedade (p=0,034). Por sua vez, com p < 0,10 verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ansiedade e afecto positivo.

Neste sentido, pode-se concluir que as dimensões ansiedade, afecto positivo e *distress* psicológico apresentam relação com o género dos utentes do estudo.

Quadro 23 - Teste *t de Student* relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o gênero

Gênero	Masculino	Feminino	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	37,62	29,13	2,242	0,034*
Depressão	20,85	17,67	1,593	0,123
Perda de controlo	31,38	28,93	0,812	0,424
Afecto positivo	44,62	49,73	-1,745	0,093**
Laços emocionais	9,92	10,40	-0,370	0,714
Saúde Mental Global	144,38	135,87	1,196	0,242
<i>MHIDIST</i>	<i>89,85</i>	<i>75,73</i>	<i>1,718</i>	<i>0,098**</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>54,54</i>	<i>60,13</i>	<i>-1,481</i>	<i>0,151</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Proveniência

Quanto à relação entre proveniência e saúde mental, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizou-se um *Teste t de Student* não emparelhado.

Mediante os resultados apresentados no quadro seguinte, revela-se que os inquiridos do meio rural têm em média, melhor saúde mental em todas as dimensões, comparativamente aos utentes do meio urbano, com excepção para afecto positivo e laços emocionais, em que aqui se verifica o oposto. No entanto, verificou-se que não existe uma diferença estatisticamente significativa para cada uma das dimensões e saúde mental global.

Quadro 24- Teste *t de Student* relacionando a Qualidade de Saúde mental e a proveniência

Proveniência	Rural	Urbano	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	35,35	29,55	1,429	0,165
Depressão	20,12	17,64	1,194	0,243
Perda de controlo	31,59	27,73	1,275	0,214
Afecto positivo	47,35	47,36	-0,003	0,997
Laços emocionais	9,35	11,45	-1,677	0,105
Saúde Mental Global	143,76	133,73	1,393	0,175
<i>MHIDIST</i>	<i>87,06</i>	<i>74,91</i>	<i>1,425</i>	<i>0,166</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>56,71</i>	<i>58,82</i>	<i>-0,529</i>	<i>0,601</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Idade

O quadro 25 reporta-se à relação entre a saúde mental e a idade dos utentes da amostra em estudo. Os inquiridos com 41-50 anos são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos sujeitos com 61-70 anos. Os utentes com idade entre os 51-60 anos são os que apresentam pior saúde mental. É também visível que a dimensão laços emocionais é mais elevada na faixa etária superior a 70 anos.

Todavia, para todas as dimensões e saúde mental global não se configuram diferenças estatisticamente significativas, conforme resultado da ANOVA, pelo que se pode afirmar que não existe relação entre as variáveis em estudo.

Quadro 25- ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a idade

Idade	41-50	51-60	61-70	>70	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	42,50	34,50	35,00	31,42	0,710	0,555
Depressão	23,50	22,00	22,20	17,58	1,832	0,168
Perda de controlo	37,50	30,00	33,20	28,47	1,120	0,360
Afecto positivo	53,50	38,50	42,80	48,84	2,220	0,112
Laços emocionais	10,50	9,00	9,20	10,53	0,276	0,842
Saúde Mental Global	167,50	134,00	142,40	136,84	1,827	0,169
<i>MHIDIST</i>	<i>103,50</i>	<i>86,50</i>	<i>90,40</i>	<i>77,47</i>	<i>1,146</i>	<i>0,351</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>64,00</i>	<i>47,50</i>	<i>52,00</i>	<i>59,37</i>	<i>1,747</i>	<i>0,184</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Estado civil

Recorreu-se ao teste estatístico da ANOVA para o estudo da relação entre estado civil e saúde mental. Dos resultados obtidos e expressos no quadro seguinte, pode verificar-se que os inquiridos solteiros são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos casados. Os viúvos são os que apresentam pior saúde mental, apesar de terem na dimensão de afecto positivo um valor considerável.

No entanto, constata-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global.

Quadro 26- ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o estado civil

Estado civil Dimensões	Solteiro	Casado	Viúvo	Outro	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	44,67	32,38	29,90	30,00	1,587	0,220
Depressão	25,33	18,69	17,60	19,00	1,686	0,198
Perda de controlo	37,33	30,62	26,60	28,00	1,625	0,211
Afecto positivo	44,33	47,69	47,70	46,00	0,143	0,933
Laços emocionais	9,33	9,54	11,00	12,00	0,473	0,704
Saúde Mental Global	161,00	138,92	132,80	135,00	1,951	0,150
<i>MHIDIST</i>	<i>107,33</i>	<i>81,69</i>	<i>74,10</i>	<i>77,00</i>	<i>1,853</i>	<i>0,166</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>53,67</i>	<i>57,23</i>	<i>58,70</i>	<i>58,00</i>	<i>0,167</i>	<i>0,918</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Coabitação

Para se relacionar a influência da coabitação na saúde mental, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizada uma ANOVA, onde se observa pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos que moram com o pai são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos indivíduos que residem num lar. Os utentes que habitam com os filhos (as) são os que apresentam pior saúde mental, apesar de valorizarem a dimensão afecto positivo. No entanto, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global.

Quadro 27 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a coabitação

Coabitação Dimensões	Sozinho	Cônjuge	Filhos	Lar	Pai	Irmã	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	34,20	32,38	28,57	39,00	56,00	39,00	1,409	0,260
Depressão	18,00	18,69	18,14	22,00	29,00	25,00	1,079	0,399
Perda de controlo	30,80	30,62	25,43	33,00	47,00	32,00	1,625	0,195
Afecto positivo	48,40	47,69	47,29	56,00	46,00	31,00	1,112	0,383
Laços emocionais	11,40	9,54	10,86	13,00	9,00	6,00	0,727	0,611
Saúde Mental Global	142,80	138,92	130,29	163,00	187,00	133,00	2,489	0,062**
<i>MHIDIST</i>	<i>83,00</i>	<i>81,69</i>	<i>72,14</i>	<i>94,00</i>	<i>132,00</i>	<i>96,00</i>	<i>1,537</i>	<i>0,219</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>59,80</i>	<i>57,23</i>	<i>58,14</i>	<i>69,00</i>	<i>55,00</i>	<i>37,00</i>	<i>1,172</i>	<i>0,354</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Por sua vez, quando $p < 0,10$ verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a saúde mental global ($p = 0,062$). Assim, pode concluir-se que a saúde mental global apresenta relação com a coabitação dos inquiridos do estudo.

Distrito da residência

Para analisar a influência do distrito da residência na saúde mental, construiu-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, salientando-se pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos de Viseu são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos sujeitos do distrito de Coimbra. Os utentes de Leiria são os que apresentam pior saúde mental, apesar de obterem um valor médio considerável na dimensão afecto positivo. Contudo, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global.

Quadro 28 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o distrito da residência

Distrito Dimensões	Aveiro	C. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	30,00	31,00	34,33	32,20	28,00	45,50	1,417	0,259
Depressão	19,50	18,40	20,00	18,40	18,00	24,25	0,885	0,508
Perda de controlo	32,50	30,60	27,67	28,10	22,00	36,50	0,954	0,468
Afecto positivo	46,75	52,20	49,33	47,60	51,00	37,75	1,786	0,159
Laços emocionais	11,25	11,40	13,00	9,40	10,00	7,50	1,284	0,308
Saúde Mental Global	140,00	143,60	144,33	135,70	129,00	151,50	0,495	0,777
<i>MHIDIST</i>	<i>82,00</i>	<i>80,00</i>	<i>82,00</i>	<i>78,70</i>	<i>68,00</i>	<i>106,25</i>	<i>1,109</i>	<i>0,385</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>58,00</i>	<i>63,60</i>	<i>62,33</i>	<i>57,00</i>	<i>61,00</i>	<i>45,25</i>	<i>1,918</i>	<i>0,134</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Habilitações académicas

Procurou-se determinar a relação das habilitações académicas e saúde mental dos utentes internados nas UMDR do estudo. Dos resultados obtidos com a aplicação da ANOVA, verifica-se que, os inquiridos do 3º ciclo são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos utentes com o 2º ciclo. Os analfabetos são os que apresentam pior saúde mental, apesar de valorizarem mais a dimensão afecto positivo. No entanto, as diferenças não são significativas entre as dimensões e a saúde mental global. Todavia, quando considerado $p < 0,10$ verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão afecto

positivo, pelo que indicia relação entre a dimensão afecto positivo e as habilitações académicas.

Quadro 29- ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e as habilitações académicas

Habilitações académicas	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Sem habilitações	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	34,21	40,00	44,50	24,40	2,339	0,100
Depressão	19,63	22,00	24,50	15,40	1,687	0,198
Perda de controlo	30,26	36,00	39,50	25,80	1,738	0,187
Afecto positivo	45,26	45,00	45,00	55,60	2,650	0,073**
Laços emocionais	10,21	6,00	10,50	10,20	0,482	0,698
Saúde Mental Global	139,58	149,00	164,00	131,40	1,545	0,230
<i>MHIDIST</i>	<i>84,11</i>	<i>98,00</i>	<i>108,50</i>	<i>65,60</i>	<i>2,311</i>	<i>0,103</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>55,47</i>	<i>51,00</i>	<i>55,50</i>	<i>65,80</i>	<i>1,599</i>	<i>0,217</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Valor do rendimento mensal

Para se obter a relação do valor do rendimento mensal e a saúde mental, foi estruturada esta hipótese, e para a testar foi utilizada uma ANOVA, salientando-se pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos com 401-500€ são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos indivíduos com mais de 1000€ Os utentes de 501-1000€ são os que apresentam pior saúde mental, apesar de obterem um valor elevado na dimensão afecto positivo.

Quadro 30 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde mental e o rendimento mensal

Valor do rendimento mensal	<250€	250-400	401-500	501-1000	>1000€	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	36,00	32,71	42,00	16,00	42,50	1,799	0,157
Depressão	19,17	19,36	22,00	14,00	23,00	0,586	0,711
Perda de controlo	32,17	29,29	38,00	17,50	36,00	1,697	0,179
Afecto positivo	47,17	45,79	50,00	54,00	41,50	0,888	0,507
Laços emocionais	10,00	9,93	11,00	11,00	9,00	0,433	0,821
Saúde Mental Global	144,50	137,07	163,00	112,50	152,00	1,565	0,213
<i>MHIDIST</i>	<i>87,33</i>	<i>81,36</i>	<i>102,00</i>	<i>47,50</i>	<i>101,50</i>	<i>1,611</i>	<i>0,201</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>57,17</i>	<i>55,71</i>	<i>61,00</i>	<i>65,00</i>	<i>50,50</i>	<i>0,890</i>	<i>0,506</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Contudo, em nenhuma dimensão da saúde mental se encontram diferenças estatísticas significativas.

Situação profissional

Do estudo da relação entre situação profissional e saúde mental, resulta através do *Teste t de Student* não emparelhado realizado para o efeito que, os inquiridos desempregados têm em média, melhor saúde mental em todas as dimensões, comparativamente aos reformados, com excepção para a depressão e laços emocionais, em que aqui se verifica o oposto. No entanto, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global.

Quadro 31 - Teste *t de Student* relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a situação profissional

Situação profissional Dimensões	Desempregado	Reformado	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	35,00	33,00	0,180	0,858
Depressão	19,00	19,15	-0,026	0,979
Perda de controlo	33,00	29,96	0,371	0,714
Afecto positivo	52,00	47,19	0,582	0,566
Laços emocionais	8,00	10,26	-0,656	0,517
Saúde Mental Global	147,00	139,56	0,380	0,707
<i>MHIDIST</i>	<i>87,00</i>	<i>82,11</i>	<i>0,210</i>	<i>0,835</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>60,00</i>	<i>57,44</i>	<i>0,242</i>	<i>0,811</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

A hipótese é parcialmente comprovada nesta investigação, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio demográficas (género, coabitação) e a qualidade de saúde mental global dos utentes.

HIPÓTESE 6 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Saúde Mental e as variáveis clínicas?

Diagnóstico principal

Analisando a relação do diagnóstico principal e a saúde mental, construiu-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma *ANOVA*, havendo a salientar pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos com problemas circulatórios são os que

possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos sujeitos com doenças infecciosas/ parasitárias. Os portadores de neoplasias e problemas do SNC são os que apresentam pior saúde mental, e onde se observa a ordenação média mais elevada na dimensão de afecto positivo. Uma vez que não existem diferenças significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global, pode-se dizer que não existe relação entre as variáveis.

Quadro 32 - ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e o diagnóstico principal

Diagnóstico	Infecciosas/ Parasitárias	Neoplasias	SNC	Circulatórias	Osteo/ conjuntivas	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	35,00	28,00	34,00	36,33	30,78	0,382	0,819
Depressão	26,00	18,00	18,67	20,08	18,67	0,464	0,761
Perda de controlo	40,00	22,00	24,67	32,25	29,89	1,329	0,292
Afecto positivo	38,00	51,00	42,33	46,42	49,67	0,869	0,499
Laços emocionais	4,00	10,00	10,00	10,42	10,22	0,847	0,511
Saúde Mental Global	143,00	129,00	129,00	145,50	139,22	0,518	0,723
<i>MHIDIST</i>	<i>101,00</i>	<i>68,00</i>	<i>77,33</i>	<i>88,67</i>	<i>79,33</i>	<i>0,537</i>	<i>0,710</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>42,00</i>	<i>61,00</i>	<i>52,33</i>	<i>56,83</i>	<i>59,89</i>	<i>0,875</i>	<i>0,496</i>

*p < 0,05

**p < 0,10

Pode-se concluir, que não existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, pelo que a hipótese não se confirma.

HIPÓTESE 7 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Saúde Mental e as variáveis situacionais?

Frequência de visitas

Para se entender a relação entre a frequência de visitas e a saúde mental dos utentes em estudo, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, de onde se salienta pela análise do quadro 33 que, os inquiridos com visitas diárias são os que possuem, em média, melhor saúde mental, seguidos dos indivíduos com visitas duas vezes por semana. Os utentes que têm visitas uma vez por semana são os que apresentam pior saúde mental. Contudo, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global, com excepção para laços emocionais (p=0,007). Por sua vez, se p<0,10, pode-se afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas

para a dimensão laços emocionais ($p=0,097$). Assim, pode-se concluir que a dimensão laços emocionais e bem-estar psicológico apresentam relação com a frequência de visitas.

Quadro 33- ANOVA relacionando a Qualidade de Saúde Mental e a frequência de visitas

Frequência de visitas	Diário	Dias alternados	2 vezes semana	1 vez semana	15/15Dias	Quando pode	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	34,33	34,00	33,60	30,00	37,00	29,50	0,196	0,961
Depressão	19,67	15,75	20,20	18,00	25,50	18,00	0,990	0,446
Perda de controlo	29,44	31,50	32,20	26,17	36,00	30,50	0,578	0,716
Afecto positivo	48,44	47,75	46,60	50,33	34,50	47,00	1,315	0,294
Laços emocionais	9,78	11,00	7,80	12,83	5,00	13,50	4,363	0,007*
Saúde Mental Global	141,78	140,00	140,40	137,33	138,00	138,50	0,038	0,999
<i>MHIDIST</i>	<i>83,44</i>	<i>81,25</i>	<i>86,00</i>	<i>74,17</i>	<i>98,50</i>	<i>78,00</i>	<i>0,365</i>	<i>0,867</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>58,33</i>	<i>58,75</i>	<i>54,40</i>	<i>63,17</i>	<i>39,50</i>	<i>60,50</i>	<i>2,149</i>	<i>0,097**</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Suporte social

No que diz respeito à relação estabelecida entre o suporte social e a saúde mental e suas dimensões (*scores*), optou-se por aplicar uma *Correlação de Pearson*. Pela análise do quadro seguinte, verifica-se a existência de correlações positivas em todas as dimensões, predizendo que à medida que aumenta a satisfação com o suporte social, melhora a saúde mental, com excepção para afecto positivo e laços emocionais, em que aqui constata-se correlações negativas. Contudo, constatou-se que essas associações revelam-se sem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 34 - Correlação relacionando a Qualidade de Saúde Mental com o suporte social

Suporte social	r	p
Dimensões		
Ansiedade	0,295	0,128
Depressão	0,220	0,260
Perda de controlo	0,203	0,301
Afecto positivo	-0,082	0,680
Laços emocionais	-0,117	0,552
Saúde Mental Global	0,259	0,183
<i>MHIDIST</i>	<i>0,265</i>	<i>0,172</i>
<i>MHIBEST</i>	<i>-0,103</i>	<i>0,603</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

No que diz respeito à relação entre as variáveis situacionais e a qualidade de saúde mental, conclui-se que a frequência de visitas apresenta diferenças estatisticamente significativas com a qualidade de saúde mental.

HIPÓTESE 8 – Existe relação entre os níveis de Qualidade de Saúde Mental e o tempo de internamento?

Tempo de internamento

Com a formulação desta hipótese, procurou-se averiguar de que forma o tempo de internamento se relaciona com a saúde mental e suas dimensões (*scores*), e para isso, optou-se por aplicar uma *Correlação de Pearson*.

Analisando o quadro 35, verifica-se a existência de correlações positivas em todas as dimensões, demonstrando que com o aumento do tempo de internamento, melhora a saúde mental, com excepção para ansiedade e depressão, em que aqui se constata correlações negativas, e por isso revelam que com o aumento do suporte social, diminui a saúde mental. Contudo, constata-se que essas associações revelam-se sem diferenças estatísticas significativas. O *distress* psicológico dos utentes internados nas UMDR da região Centro apresenta relação com o tempo de internamento.

Quadro 35 - Correlação relacionando a Qualidade de Saúde Mental com o tempo de internamento

Tempo de internamento	r	p
Dimensões		
Ansiedade	-0,012	0,967
Depressão	-0,143	0,627
Perda de controlo	0,036	0,902
Afecto positivo	0,455	0,102
Laços emocionais	0,063	0,830
Saúde Mental Global	0,259	0,370
<i>MHIDIST</i>	0,404	0,033*
<i>MHIBEST</i>	-0,126	0,524

*p < 0,05

**p < 0,10

Referente à hipótese formulada, verifica-se que há relação entre o tempo de internamento e a qualidade de saúde mental dos utentes em estudo, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas.

HIPÓTESE 9 – Existe relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis sócio demográficas?

Género

Para se obter a relação entre o género e o suporte social, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizado um *Teste t de Student* não emparelhado.

Pela análise dos resultados apresentados no quadro seguinte, verifica-se que os inquiridos femininos têm em média, maior satisfação com o suporte social em todas as dimensões, comparativamente aos sujeitos masculinos, com excepção para a intimidade, em que aqui se verifica o oposto.

Uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global, pode-se concluir que o suporte social e o género não se relacionam.

Quadro 36- Teste *t de Student* relacionando o Suporte Social e o género

Dimensões	Masculino	Feminino	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	14,08	13,93	0,139	0,891
Satisfação com a família	11,23	11,67	-0,321	0,751
Satisfação com os amigos	3,08	3,33	-0,477	0,637
Actividades sociais	7,54	7,60	-0,056	0,956
Suporte Social Global	35,92	36,53	-0,199	0,844

*p < 0,05

**p < 0,10

Proveniência

Para analisar a relação da proveniência e o suporte social, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se um *Teste t de Student* não emparelhado.

Mediante os resultados apresentados no quadro seguinte, verifica-se que os inquiridos do meio urbano têm em média, maior satisfação com o suporte social em todas as dimensões, comparativamente aos utentes do meio rural, com excepção para as actividades sociais, em que aqui se verifica o oposto.

No entanto, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global.

Quadro 37- Teste *t de Student* relacionando o Suporte Social e a proveniência

Proveniência	Rural	Urbano	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	13,94	14,09	-0,142	0,888
Satisfação com a família	11,18	11,91	-0,530	0,600
Satisfação com os amigos	3,00	3,55	-1,009	0,322
Actividades sociais	7,59	7,55	0,038	0,970
Suporte Social Global	35,71	37,09	-0,444	0,661

*p < 0,05

**p < 0,10

Idade

O quadro 38 reporta-se à relação entre a idade e o suporte social. Os inquiridos com 41-50 anos são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos indivíduos com idade entre os 61-70 anos. Os utentes de 51-60 anos são os que apresentam baixo suporte social. Contudo, não se configuram diferenças estatísticas significativas para cada uma das dimensões e suporte social global, conforme resultado da ANOVA, pelo que se pode afirmar que não existe relação entre as variáveis em estudo. Por sua vez, quando $p < 0,10$ verificam-se diferenças estatisticamente significativas para o suporte social global ($p = 0,063$).

Assim, pode-se concluir que o suporte social global apresenta relação com a idade dos indivíduos da amostra.

Quadro 38 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a idade

Idade	41-50	51-60	61-70	>70	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	16,00	10,50	14,60	14,00	1,718	0,190
Satisfação com a família	13,00	7,00	13,20	11,32	1,748	0,184
Satisfação com os amigos	4,50	2,00	2,80	3,32	1,288	0,301
Actividades sociais	10,50	4,50	7,60	7,58	1,594	0,217
Suporte Social Global	44,00	24,00	38,20	36,21	2,776	0,063**

*p < 0,05

**p < 0,10

Estado civil

Para analisar a relação estado civil e suporte social, formulou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, onde se salienta pela análise do quadro seguinte que, em

termos do global, os inquiridos viúvos são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos indivíduos solteiros. Os utentes com outro estado civil são os que apresentam satisfação com o suporte social mais baixa. No entanto, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global.

Quadro 39- ANOVA relacionando o Suporte Social e o estado civil

Estado civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Outro	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Dimensões						
Intimidade	14,67	13,31	14,70	10,00	1,429	0,260
Satisfação com a família	10,00	11,38	12,40	6,00	1,201	0,332
Satisfação com os amigos	3,33	3,38	3,00	1,00	0,993	0,414
Actividades sociais	8,67	7,15	7,80	3,00	1,198	0,333
Suporte Social Global	36,67	35,23	37,90	20,00	1,824	0,171

*p < 0,05

**p < 0,10

Coabitação

No que diz respeito à relação da coabitação e o suporte social, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, havendo a salientar pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos que moram com o pai são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos indivíduos que vivem sozinhos. Os utentes que habitam em lares e com a irmã/cunhado são os que apresentam baixa satisfação com o suporte social. As diferenças para cada uma das dimensões e suporte social global não são estatisticamente significativas.

Quadro 40 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a coabitação

Coabitação	Sozinho	Cônjuge	Filhos	Lar	Pai	Irmã	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Dimensões								
Intimidade	14,60	13,31	14,57	13,00	20,00	11,00	1,800	0,155
Satisfação com a família	11,60	11,38	12,14	7,00	15,00	8,00	0,733	0,607
Satisfação com os amigos	3,60	3,38	2,57	2,00	5,00	3,00	0,872	0,515
Actividades sociais	8,20	7,15	7,43	6,00	14,00	6,00	1,341	0,284
Suporte Social Global	38,00	35,23	36,71	28,00	54,00	28,00	1,731	0,169

*p < 0,05

**p < 0,10

Distrito da residência

No sentido de se analisar a relação do distrito da residência e o suporte social, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, salientando pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos do distrito de Coimbra são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos sujeitos de Leiria. Os utentes que habitam em Aveiro são os que apresentam baixa satisfação com o suporte social. Constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global.

Quadro 41 - ANOVA relacionando o Suporte Social e o distrito da residência

Distrito	Aveiro	C. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	13,50	12,80	16,00	14,30	14,00	14,25	0,528	0,753
Satisfação com a família	10,50	10,20	14,33	11,70	15,00	9,50	1,051	0,415
Satisfação com os amigos	2,25	3,00	3,33	3,00	3,00	4,50	1,202	0,342
Actividades sociais	5,25	6,60	10,00	7,40	9,00	9,50	1,654	0,190
Suporte Social Global	31,50	32,60	43,67	36,40	41,00	37,75	1,104	0,388

*p < 0,05

**p < 0,10

Habilitações académicas

Procurou-se determinar se diferentes habilitações académicas estavam relacionadas com o suporte social dos utentes internados nas UMDR da amostra. Dos resultados obtidos com uma ANOVA, verifica-se que, os inquiridos do 3º ciclo são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos sujeitos com o 1º ciclo. Os analfabetos são os que apresentam baixa satisfação com o suporte social.

Quadro 42 - ANOVA relacionando o Suporte Social e a escolaridade

Habilitações académicas	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Sem habilitações	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	13,89	14,00	17,00	13,40	0,885	0,463
Satisfação com a família	12,00	11,00	11,00	10,80	0,186	0,905
Satisfação com os amigos	3,05	4,00	3,50	3,60	0,306	0,821
Actividades sociais	7,53	7,00	10,50	6,60	0,877	0,468
Suporte Social Global	36,47	36,00	42,00	34,40	0,401	0,753

*p < 0,05

**p < 0,10

Não existindo diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global, implica que não existe relação entre as variáveis em estudo.

Valor do rendimento mensal

Com o intuito de se determinar a relação entre valor do rendimento mensal e suporte social, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, de onde se salienta pela análise do quadro 43 que, em termos do global, os inquiridos com 401-500€ mensais são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos sujeitos com menos de 250€. Os utentes que auferem mais de 1000€ mensais são os que apresentam inferior satisfação com o suporte social. No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global, com excepção para actividades sociais ($p=0,012$).

Todavia, quando considerado $p < 0,10$ verificam-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões satisfação com a família, satisfação com os amigos e suporte social global ($p=0,067$).

Assim, pode-se concluir que as dimensões actividades sociais, satisfação com a família, satisfação com os amigos e suporte social global apresentam relação com o rendimento mensal dos inquiridos.

Quadro 43 - ANOVA relacionando o Suporte social e o valor do rendimento mensal

Valor do rendimento mensal	<250€	250-400	401-500	501-1000	>1000€	f	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	15,00	13,50	18,00	15,00	14,50	0,824	0,546
Satisfação com a família	13,00	11,79	13,00	13,50	5,00	2,291	0,082**
Satisfação com os amigos	4,33	2,57	5,00	3,00	3,50	2,263	0,086**
Actividades sociais	10,50	6,14	12,00	8,00	7,00	3,876	0,012*
Suporte Social Global	42,83	34,00	48,00	39,50	30,00	2,455	0,067**

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Situação profissional

Para se encontrar a relação entre a situação profissional e suporte social, foi elaborada esta hipótese, e para a testar utilizou-se um *Teste t de Student* não emparelhado.

Mediante os resultados apresentados no quadro seguinte, verifica-se que os inquiridos reformados têm em média, maior satisfação com o suporte social em todas as dimensões,

comparativamente aos sujeitos desempregados. No entanto, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,10$), para as dimensões intimidade ($p = 0,056$) e suporte social global ($p = 0,090$).

Assim, pode-se concluir que as dimensões intimidade e suporte social global apresentam relação com a situação profissional dos utentes da investigação.

Quadro 44 - Teste *t de Student* relacionando o Suporte Social e a situação profissional

Situação profissional Dimensões	Desempregado	Reformado	t	p
	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	9,00	14,19	-2,003	0,056**
Satisfação com a família	7,00	11,63	-1,308	0,202
Satisfação com os amigos	2,00	3,26	-0,881	0,386
Actividades sociais	5,00	7,67	-0,921	0,365
Suporte Social Global	23,00	36,74	-1,763	0,090**

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

A análise estatística mostra, que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio demográficas (idade, valor do rendimento mensal, situação profissional) e a satisfação com o suporte social, pelo que se confirma a hipótese

HIPÓTESE 10 – Existe relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis clínicas?

Diagnóstico principal

Através do cruzamento entre as variáveis diagnóstico e suporte social, formulou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, revelando pela análise do quadro seguinte que, os inquiridos com neoplasias são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos sujeitos com problemas circulatórios.

Contudo, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global, com excepção para actividades sociais ($p = 0,034$).

Desta forma, pode concluir-se que a dimensão actividades sociais apresenta relação com o diagnóstico principal dos utentes internados nas UMDR do estudo.

Quadro 45 - ANOVA relacionando o Suporte Social e o diagnóstico principal

Diagnóstico	Infeciosas/ Parasitárias	Neoplasias	SNC	Circulatórias	Osteo/ conjuntivas	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	15,00	14,00	13,67	14,58	13,00	0,422	0,791
Satisfação com a família	11,00	15,00	9,67	12,25	10,56	0,676	0,616
Satisfação com os amigos	1,00	3,00	3,00	3,75	2,78	1,285	0,308
Actividades sociais	4,00	9,00	6,33	9,33	6,00	3,200	0,034*
Suporte Social Global	31,00	41,00	32,67	39,92	32,33	1,550	0,224

*p < 0,05

**p < 0,10

Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico principal e a satisfação com o suporte social, excepto na dimensão actividades sociais.

HIPÓTESE 11 – Existe relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis situacionais?

Frequência de Visitas

Para se obter a influência das visitas no suporte social, elaborou-se esta hipótese, e para a testar utilizou-se uma ANOVA, salientando pela análise do quadro seguinte que, em termos do global, os inquiridos visitados em dias alternados são os que possuem, em média, maior satisfação com o suporte social, seguidos dos sujeitos visitados diariamente, com uma diferença de 3.31. Os utentes que não recebem visitas são os que apresentam satisfação com o suporte social mais baixa.

Quadro 46 - ANOVA relacionando o Suporte social e a frequência de visitas

Frequência de visitas	Diário	Dias alternados	2 vezes semana	1 vez semana	15/15Dias	Quando pode	f	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	15,33	13,50	14,20	13,00	13,00	12,50	0,795	0,565
Satisfação com a família	10,89	13,75	12,00	12,17	9,50	8,00	0,960	0,463
Satisfação com os amigos	3,67	4,75	2,80	2,50	2,00	2,50	2,513	0,060**
Actividades sociais	8,56	9,75	6,80	6,67	5,00	6,00	1,450	0,246
Suporte Social Global	38,44	41,75	35,80	34,33	29,50	29,00	1,277	0,309

*p < 0,05

**p < 0,10

No entanto, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global. Por sua vez, quando considerado $p < 0,10$ verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão satisfação com os amigos ($p = 0,060$). Revela-se assim, que a dimensão satisfação com os amigos apresenta relação com a frequência de visitas aos utentes.

A hipótese formulada anteriormente não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, excepto na dimensão satisfação com os amigos.

HIPÓTESE 12 – Existe relação entre os níveis de suporte social e o tempo de internamento?

Tempo de internamento

Com a aplicação da *Correlação de Pearson* procurou-se determinar de que forma o tempo de internamento se relaciona com o suporte social e suas dimensões (*scores*), nos utentes da amostra em estudo.

Analisando o quadro seguinte, verifica-se a existência de correlações positivas em todas as dimensões, demonstrando que com o aumento do tempo de internamento, aumenta a satisfação com o suporte social, com excepção para a intimidade.

Contudo, constatou-se que essas associações revelam-se sem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 47 - Correlação relacionando o Suporte Social com o tempo de internamento

Tempo de internamento Dimensões	r	p
Intimidade	-0,035	0,905
Satisfação com a família	0,049	0,867
Satisfação com os amigos	0,279	0,333
Actividades sociais	0,117	0,689
Suporte Social Global	0,089	0,763

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Constata-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e o tempo de internamento, pelo que se infirma a hipótese formulada.

HIPÓTESE 13 – Existe diferença entre os níveis de Qualidade de Vida e os diversos momentos de avaliação?

No sentido de analisar a evolução da qualidade de vida entre o primeiro momento de avaliação (admissão) e o segundo momento de avaliação (≥ 60 dias), utilizou-se um *Teste t de Student* emparelhado, pois permite comparar as médias obtidas da escala entre as duas avaliações. Esta monitorização comparativa abrange apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão e ≥ 60 dias de internamento.

Mediante os resultados apresentados no quadro seguinte, verifica-se que as médias da segunda avaliação (≥ 60 dias) são superiores em todas as dimensões e global. E consequentemente, revelam superior qualidade de vida, com excepção para saúde geral e desempenho emocional, em que aqui a qualidade de vida é superior aquando da admissão. No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global ($p=0,358$), o que leva a concluir que a hipótese formulada não se confirma.

Quadro 48 - Teste *t de Student* emparelhado relacionando a Qualidade de Vida nos dois momentos avaliativos

Momentos de avaliação	Admissão (1 ^a)	≥ 60 dias (2 ^a)	t	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}		
Funcionamento físico	14,43	14,50	-0,046	0,964
Desempenho físico	6,93	7,50	-0,530	0,605
Dor corporal	6,00	6,86	-1,549	0,145
Saúde geral	12,57	12,50	0,077	0,940
Vitalidade	12,36	14,21	-1,384	0,190
Funcionamento social	38,71	42,64	-1,213	0,247
Desempenho emocional	7,00	6,78	0,270	0,791
Saúde mental	15,57	16,64	-0,804	0,436
Qualidade de Vida Global	113,57	121,64	-0,953	0,358
<i>Componente Física</i>	<i>39,93</i>	<i>41,36</i>	<i>-0,512</i>	<i>0,617</i>
<i>Componente Mental</i>	<i>73,64</i>	<i>80,29</i>	<i>-1,094</i>	<i>0,294</i>

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

De acordo com a hipótese formulada, pode-se concluir que, não existem relações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e os momentos avaliativos, pelo que não se confirma.

HIPÓTESE 14 – Existe diferença entre os níveis de Saúde Mental e os diversos momentos de avaliação?

Para se saber a evolução da saúde mental entre a primeira avaliação e a segunda avaliação, foi utilizado um *Teste t de Student* emparelhado. Esta análise comparativa engloba apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão e ≥ 60 dias de internamento.

Analisando os resultados apresentados no quadro 49, verifica-se que as médias da primeira avaliação (admissão) são superiores em todas as dimensões e global.

No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global ($p=0,198$), pelo que infirma a hipótese formulada.

Quadro 49 - Teste *t de Student* emparelhado relacionando a Saúde Mental nos dois momentos avaliativos

Momentos de avaliação	Admissão (1ª)	≥ 60 dias (2ª)	t	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}		
Ansiedade	36,50	36,86	-0,216	0,832
Depressão	21,57	20,71	1,023	0,325
Perda de controlo	33,21	31,79	0,859	0,406
Afecto positivo	46,71	44,36	0,966	0,352
Laços emocionais	9,21	9,93	-1,046	0,315
Saúde Mental Global	147,21	143,64	1,357	0,198
<i>MHIDIST</i>	91,29	89,36	0,507	0,621
<i>MHIBEST</i>	55,93	54,29	0,551	0,591

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

No estudo da relação entre a saúde mental e os momentos avaliativos, constata-se que a hipótese formulada não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas.

HIPÓTESE 15 – Existe diferença entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e os diversos momentos de avaliação?

Para se obter a evolução da satisfação com o suporte social entre o momento da admissão e após 60 dias de internamento, utilizou-se um *Teste t de Student* emparelhado. Esta comparação abrange apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão e ≥ 60 dias de internamento.

Mediante os resultados apresentados no quadro 50, verifica-se que as médias do primeiro momento avaliativo (admissão) são superiores em todas as dimensões e global. A hipótese formulada não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global ($p=0,606$).

Quadro 50 - Teste *t de Student* emparelhado relacionando o Suporte Social nos dois momentos avaliativos

Momentos de avaliação	Admissão (1ª)	≥ 60 dias (2ª)	t	p
Dimensões	\bar{X}	\bar{X}		
Intimidade	14,00	13,21	0,772	0,454
Satisfação com a família	10,79	10,79	0,000	1,000
Satisfação com os amigos	3,14	2,93	0,611	0,551
Actividades sociais	8,29	7,79	0,515	0,615
Suporte Social Global	36,21	34,71	0,529	0,606

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

Realizado o tratamento estatístico, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, pelo que a hipótese formulada não se confirma.

2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Reservou-se para este momento do estudo a discussão dos resultados e suas implicações. Nesta fase o investigador tenta dar sentido às análises, compreender o que significam as descobertas, “coloca os resultados num contexto de realidade, pela tomada em consideração dos limites do estudo, pela interpretação dos principais resultados e o enunciado de recomendações” (Fortin, 1999, p.343).

Deste modo, com base nos resultados obtidos através da aplicação de um questionário a 46 utentes internados nas UMDR da região Centro, procede-se agora à discussão dos resultados, iniciando-se esta, pela caracterização da amostra com o objectivo de enquadrar os inquiridos no fenómeno em estudo.

Na base da discussão, está uma reflexão que se pretende crítica, sobre a metodologia utilizada e abordagem dos resultados obtidos sobre a qualidade de vida, saúde mental e satisfação com o suporte social, da pessoa com doença crónica incapacitante e dependente internada numa UMDR da região Centro. A reflexão proposta visa ainda a comparação dos dados obtidos com outras investigações, a elaboração de algumas recomendações, que se consideram necessárias para esta mudança no Sistema de Saúde, para que possam ser atingidos outros patamares de qualidade, eficácia e satisfação das pessoas com doença crónica e das equipas multidisciplinares.

A doença crónica é tida como uma situação permanente e limitadora, sendo necessário que o utente se adapte, pois ocorrem perdas em vários aspectos tais como: físico, social, emocional, entre outros.

A **amostra** foi obtida em nove UMDR da Região Centro pertencentes à RNCCI, onde houve utentes referenciados de acordo com os critérios de selecção da amostra. Apesar de serem **46 sujeitos** que integram a amostra do estudo, foram realizadas 60 observações, distribuídas por dois momentos avaliativos: admissão com 28 observações, e após 60 dias de internamento com 32 observações. Estes dados correspondem a 45,00% do número total de UMDR da Região Centro e a 41,00% do número de camas existentes nessa região.

Contudo, a falta de autorização por parte das instituições para a colaboração na aplicação do instrumento de colheita de dados, tornou-se um grande obstáculo á obtenção de uma amostra para estudo mais significativa. Não se pode deixar de referir e alertar que é com participação de todos os colaboradores e parceiros da RNCCI que se traça um caminho, no sentido da melhoria dos cuidados prestados.

Com o intuito de se realizar a comparação entre estes dois momentos de recolha de dados, os utentes da amostra foram repartidos por três grupos: admissão com 30,45% da amostra, o grupo com internamento ≥ 60 dias (39,10%) e o grupo de utentes que responderam ao instrumento de recolha de dados, quer na admissão quer após 60 dias de internamento (30,45%).

Numa primeira fase desta investigação foi feita uma análise estatística dos resultados obtidos apenas na admissão com 28 observações, e os obtidos dos utentes que tinham ~~em~~ 60 dias de internamento com 32 observações. Constata-se que a média da qualidade de vida dos inquiridos na componente saúde física pauta-se em 38,68, e na componente de saúde mental apresenta 71,25, no primeiro momento avaliativo (admissão). Os utentes ~~em~~ 60 dias de internamento apresentam na componente saúde física, média 41,00, e na componente saúde mental a média 77,91. Portanto, pode-se afirmar que a média das componentes física e mental aumentou, demonstrando que a percepção sobre a qualidade de vida global dos utentes é mais valorizada no segundo momento avaliativo (118,91).

Referente à qualidade de saúde mental, agruparam-se os resultados em duas dimensões, obtendo-se o *distress* psicológico (MHIDIST) com 82,29 de média e o bem-estar psicológico (MHIBEST) apresenta média igual a 57,54, no momento da admissão. No entanto, no segundo momento avaliativo o MHIDIST é igual a 86,22 e o MHIBEST apresenta 52,72 de média, pelo que os utentes manifestam menor valorização na qualidade de saúde mental global (138,94), afectando de forma significativa o *distress* psicológico. No que se refere ao bem-estar psicológico, revela-se que diminuiu consideravelmente, sendo visível uma acentuada desvalorização nas dimensões afecto positivo (47,36 *versus* 42,94) e laços emocionais.

A nível do suporte social, constata-se que a média do suporte social global é ligeiramente superior nos utentes com pelo menos 60 dias de internamento, traduzindo que não existem diferenças significativas entre os dois momentos, apesar das dimensões intimidade e satisfação com os amigos ter diminuído. De forma geral, mantém-se uma satisfação com o suporte social de nível médio.

Efectuou-se o cruzamento entre as diversas variáveis com o objectivo de validar as hipóteses previamente formuladas. Através dos cruzamentos verifica-se que existem algumas relações pertinentes para um nível de significância de 5% e 10%.

Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores, havendo outras que se podem revestir de explicações distintas.

Relação entre os níveis de QV e as variáveis sócio demográficas

O INE (2010), refere que na população portuguesa residente existem mais mulheres do que homens. Especificamente, ao género dos participantes da amostra, 57,0% são femininos e 43,0% masculinos, sendo os homens que apresentam melhor qualidade de vida em ambas componentes física e mental com 119,38 de média.

Estas diferenças são as habituais, já que o homem “vivencia” a saúde de forma diferente da mulher, uma vez que esta vive a doença e saúde de forma mais emocional. Os resultados obtidos corroboram com Ferreira (2003), no seu estudo sobre percepção de estado de saúde e qualidade de vida da população activa concluiu que, o sexo masculino apresenta valores mais elevados na vertente da qualidade de vida. De acordo com inúmeros estudos, o envelhecimento e a feminização tendem para aumentar de forma significativa e acentuada, reconhecendo-se que as mulheres e homens têm percursos diferenciados na forma de envelhecer. Conclui-se que as dimensões dor corporal, qualidade de vida global e a componente física apresentam relação com o **género**.

São os utentes mais jovens que apresentam melhor qualidade de vida (133,50), principalmente na componente mental (88,00). Apesar da dimensão saúde geral apresentar uma valorização elevada, a pior qualidade de vida situa-se nos utentes dos 51-60 anos. Também é esta dimensão que apresenta relação significativa com a idade dos utentes. No seu estudo, Ferreira (2003) partilha a sua opinião com os resultados obtidos nesta pesquisa, em que as pontuações das primeiras cinco dimensões (componente física) diminuem significativamente com a idade, assim como na dimensão vitalidade. Este contexto é corroborado com as opiniões de Berger e Poirier (1995), e Farinatti (2002), associando o surgimento do envelhecimento e das doenças à teoria do desgaste e da genética, tal como a diminuição do potencial imunológico torna todas as estruturas do corpo mais vulneráveis a doenças crónicas.

Ferreira (2003), constatou que os indivíduos que vivem nas áreas urbanas apresentam valores mais altos de qualidade de vida, principalmente nas dimensões função física, saúde em geral e vitalidade. É de salientar que neste estudo, a melhor qualidade de vida reside no grupo dos utentes provenientes do meio rural com diferença de 22,49 em relação aos urbanos, em ambas as componentes (física e mental). Pode-se concluir que as dimensões funcionamento físico, vitalidade, qualidade de vida global, componente física e mental apresentam valores diferentes em função da **proveniência**. Estes resultados estão possivelmente relacionados com a distribuição populacional, ou seja, com o factor de haver mais população idosa residente nas áreas rurais do que nas áreas urbanas.

Como seria de esperar são os utentes solteiros que apresentam melhor qualidade de vida (132,00), essencialmente na componente física, corroborando com Pimentel (2003), afirmando que no seu estudo sobre a QV, os homens apresentam melhor QV do que as mulheres, principalmente os indivíduos solteiros, e por fim os viúvos. Também é relevante que as dimensões desempenho físico e saúde geral apresentam relação com o **estado civil**, além de serem os sujeitos casados a expressarem pior qualidade de vida (102,69). Estes resultados vão de encontro com Ferreira (2003), demonstrando que as dimensões físicas avaliadas pelos solteiros correspondem a valores mais altos (mais saudáveis) do que as fornecidas pelos casados, tal como as dimensões vitalidade e saúde mental.

Os agregados domésticos englobados na amostra são em tudo semelhantes aos encontrados no nosso país. Verifica-se, que são os utentes a coabitar com os pais que revelam melhor média na qualidade de vida, respectivamente com 190,00, demonstrando um valor muito significativo na componente mental. Estes resultados corroboram com o estudo de Salgueiro (2007), pois quando a complexidade doméstica acontece é, sobretudo, derivado a uma saída de casa cada vez mais tardia dos filhos jovens adultos. Esta situação observa-se nos utentes mais jovens a residirem com os pais idosos.

Os inquiridos que coabitam com a irmã/ cunhado, manifestam pior qualidade de vida (94,00), apesar de obterem maior média na dimensão funcionamento físico (18,00). Conclui-se que, as dimensões saúde geral, funcionamento social, desempenho emocional, qualidade de vida global e a componente mental, apresentam valores diferentes em função da **coabitação**.

No presente estudo, há a realçar que cerca de metade dos utentes se encontravam na UMDR mais perto da sua residência e pertencente ao seu **distrito**. São os utentes do distrito de Viseu, que apresentam melhor qualidade de vida (componente mental de 83,25). Estes dados permitem afirmar que, no momento da referenciação e ingresso na RNCCI procura-se cumprir o critério de proximidade, contribuindo para o bem-estar do utente, ficando mais próximo da família, garantido melhor suporte social.

Os analfabetos apresentam pior qualidade de vida (90,80) com uma média da dimensão dor corporal baixa. No lado oposto, encontram-se os utentes com o 3º ciclo de escolaridade, pois manifestam melhor qualidade de vida (170,50). Corroborando com esta investigação, Ferreira (2003), confirmou no seu estudo que os indivíduos com menos escolaridade tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa, sendo que as dimensões funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental, qualidade de vida global, componente física e mental apresentam relação com o **nível de instrução**.

Segundo diversos estudos sócio demográficos, a população idosa é aquela onde se registam os níveis de escolaridade mais baixos, com predomínio no sexo feminino, vindo corroborar com os resultados desta pesquisa.

O **rendimento** medido de forma indirecta pelo tipo de profissão (quadros superiores, patrões, agricultores, especializados), é outro factor que nos permite ter acesso a bens ou serviços. Segundo Ferreira (2003), as pessoas provenientes de estratos sócio económicos menos favorecidos possuem uma maior propensão para a doença, quando comparadas com os indivíduos em melhor situação económica e social. Esta opinião vem corroborar com os resultados obtidos nesta pesquisa, sendo no grupo de utentes com rendimento superior a 1000€ que se revela melhor qualidade de vida (144,50) com uma componente mental bem valorizada. Há a referir, que os utentes a auferir um rendimento mensal entre 501-1000 euros, salientam pior qualidade de vida (80,00).

Ramos (2003), citando estudos populacionais afirma que, o nível de rendimento mostra-se fortemente associado com a saúde física e mental, pois quanto mais baixo o rendimento pior qualidade de vida, essencialmente com o surgir de doenças crónicas.

No que concerne à qualidade de vida, resulta que são os utentes reformados que mais a valorizam (110,22), com excepção para a dimensão saúde mental. Concluindo-se assim, que não existe relação entre a **situação profissional** e a qualidade de vida dos utentes.

Na análise dos resultados, constata-se que, são os utentes que possuem habilitações académicas superiores e maior rendimento mensal, demonstram melhor percepção de qualidade de vida.

Confirma-se assim, a primeira hipótese deste estudo, havendo diferenças significativas entre as variáveis sócio demográficas (género, proveniência, coabitação, habilitações académicas) e qualidade de vida global.

Relação entre os níveis de QV e as variáveis clínicas

Atendendo à variável clínica **diagnóstico principal**, há a realçar que 2,20% dos sujeitos apresentam como motivo para internamento na UMDR patologia neoplásica, sendo estes a apresentarem pior qualidade de vida (95,00) com baixos valores na componente física e mental. No estudo de Paredes *et al* (2008), confirma-se também que os utentes portadores de neoplasia obtêm, em média, resultados inferiores aos indivíduos da população em geral, sugerindo que apresentam pior qualidade de vida global, essencialmente na dimensão física.

Os inquiridos com problemas circulatórios, são os que possuem em média, melhor qualidade de vida. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de ser uma elevada

percentagem de utentes com AVC, e que se encontram em processo de reabilitação. Corroborando com Costa e Duarte (2002) no sentido de que, a realização de um programa adequadamente estruturado, que leve em consideração os interesses, as limitações e as potencialidades das pessoas portadoras de sequelas de AVC, pode ser um importante elemento na procura da maior valorização do indivíduo, encontram-se os utentes com os problemas referidos anteriormente com melhor qualidade de vida global.

Contudo, não existe relação entre o diagnóstico principal e a qualidade de vida dos utentes, uma vez que não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

Relação entre os níveis de QV e as variáveis situacionais

É sabido que todo o indivíduo internado valoriza o amparo e apoio que recebe da família e grupos sociais e nesse sentido, verifica-se que são os utentes que têm **visitas** bi-semanais e diariamente que, apresentam melhor qualidade de vida (121,60). No lado oposto encontram-se os sujeitos que só têm visitas uma vez por semana, apesar de valorizarem a dimensão afecto positivo. Estes resultados corroboram com outras investigações, demonstrando que a família é uma importante rede informal de apoio ao utente, constituindo-se como parceira das redes de apoio social formais. Salgueiro (2007) no seu estudo concluiu, que é importante para as pessoas com doença o apoio da família, pois é nela que o membro mais velho realiza as relações afectivas e significativas, espera segurança e o apoio necessário para viver com a maior autonomia possível.

Atendendo às variáveis do estudo e a sua relação com o **suporte social**, verifica-se que à medida que aumenta a satisfação com o suporte social melhora a qualidade de vida, com excepção para as dimensões funcionamento físico e dor corporal. Santos *et al* (2003), expressam que a satisfação com o suporte social correlaciona-se com o processo de adaptação à doença crónica, nomeadamente a qualidade de vida.

No contexto referido anteriormente, e corroborando com os resultados obtidos, Oliveira (2000) citando outros autores manifesta que, os indivíduos com melhor suporte social fornecido pelos elementos da família, adaptam-se melhor e mais rapidamente à incapacidade do que os outros com níveis de apoio familiar inferior. O facto de melhorar a qualidade de vida global dos utentes internados nas UMDR do estudo em função do apoio da família, a sua presença, a regularidade de visitas, demonstra que cada vez mais a família deve ser assumida como parceira nos cuidados a prestar aos utentes, tendo um papel activo no processo de recuperação e reintegração no seio familiar. No entanto, os utentes manifestam dor corporal, sendo que esta dor pode ser causada pelo afastamento temporário do contexto

familiar, sentindo-se como um “fardo”. Assim é importante estimular a família, amigos e outros a visitarem os utentes das UMDR.

A terceira hipótese deste estudo confirma-se, pelo que existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR da região Centro. Sendo de valorizar, a forte relação entre o suporte social e a componente mental, e sem relação com a componente física.

Relação entre os níveis de QV e o tempo de internamento

Relativamente ao **tempo de internamento** na UMDR, encontram-se utentes que apenas permaneceram internados 2 dias até máximo de 80 dias, a média centra-se nos 49,78 dias, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 32,306 dias. O facto de se encontrar sujeitos com dois dias de internamento sugere que, tiveram alta imediatamente a seguir à admissão por diversos motivos: agudização, voluntariamente, transferência ou óbito.

Neste estudo, conclui-se que, a dimensão funcionamento físico apresenta valores diferentes em função do tempo de internamento. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Gonçalves *et al* (2006), pois constatou que passados dois meses de internamento para realização de reabilitação, as limitações físicas e emocionais são menores que no período anterior ao internamento.

Tendo em conta, que os utentes da amostra manifestam uma relação significativa entre a dimensão funcionamento físico e a qualidade de vida, poderá indiciar que o trabalho da equipa multidisciplinar, essencialmente na reabilitação funcional, desempenha um papel fundamental na recuperação dos utentes internados nas UMDR, cumprindo os seus objectivos. Esta opinião é corroborada no estudo de Costa e Duarte (2002), manifestando que as limitações por aspectos físicos diminuíram com o internamento no âmbito do programa de reabilitação, proporcionando um ganho na aptidão muscular (força, resistência, flexibilidade e habilidades físicas).

No que se refere à quarta hipótese desta investigação, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de internamento e a qualidade de vida global dos utentes em estudo, excepto na dimensão funcionamento físico.

Relação entre os níveis de QSM e as variáveis sócio demográficas

Atendendo à qualidade de saúde mental, esta é melhor no **género** masculino (144,38), apesar de obter um valor de bem-estar psicológico inferior ao sexo feminino, pois este demonstra valores mais elevados para o afecto positivo e laços emocionais. Estes resultados

permitem afirmar, que talvez os homens sejam menos ansiosos e valorizem menos os aspectos emocionais do que as mulheres. No estudo de Gameiro *et al* (2008), verifica-se que, as mulheres evidenciam valores superiores indicadores de sintomatologia depressiva, quando comparadas com os homens. De acordo com alguns estudos, na morbidade geral, as mulheres mostram uma taxa mais elevada do que os homens, reflectindo-se numa maior procura e utilização de cuidados médicos. Contudo, a OMS (2002) aponta, que não se registam diferenças tão marcantes entre mulheres e homens.

Fazendo referência à qualidade de saúde mental permanecem os inquiridos do **meio rural** com melhor saúde mental (143,76), excepto no afecto positivo e laços emocionais. Situação que pode revelar, o facto dos utentes do meio rural serem menos preocupados e exigentes com a sua saúde psicológica, uma vez que se encontram a residir num meio mais pacato, sereno e tranquilo.

Acerca da qualidade de saúde mental (167,50), obtêm-se valores elevados na faixa etária dos inquiridos com **idade** compreendida entre 41-50 anos. Este facto, corrobora com o estudo de Gameiro *et al* (2008), constatando que, a média de idades dos sujeitos com sintomatologia depressiva é de 40 anos. Segundo o relatório da RNCCI do INA (2010), os mais jovens apresentam um quadro de queixas emocionais mais positivo, estando associado que o número de pessoas com estado cognitivo adequado diminui à medida que aumenta a idade, com distribuição similar entre os sexos, mas com tendência para se agravar no caso das mulheres. Também é significativo, que os sujeitos de 51-60 anos, manifestam pior qualidade de saúde mental (134,00). Estes resultados são significativos na população em geral, uma vez que é o grupo etário que possui alguns anos de experiência profissional, e que neste momento da vida sofre de doença crónica incapacitante, impedindo-os de prosseguirem a sua vida, a caminho da fase da reforma.

Constata-se, que são os inquiridos **viúvos** que manifestam pior saúde mental (132,80), sendo denotar que, os indivíduos solteiros apresentam melhor saúde mental (161,00). Estes resultados corroboram com o estudo de Gameiro *et al* (2008), concluindo que, os viúvos apresentam pontuações mais elevadas a nível da saúde mental, do que a dos solteiros, correspondendo a sintomatologia depressiva.

Na qualidade de saúde mental verifica-se, que são os utentes a **coabitar** com os pais que revelam melhores médias (187,00). É significativo, o facto dos utentes que coabitam com os filhos manifestarem pior saúde mental (130,29), apesar de valorizarem a dimensão afecto positivo. São os utentes do **distrito** de Viseu, que apresentam melhor qualidade de saúde mental (151,50), apesar de apresentarem um valor elevado de *distress* psicológico.

Os analfabetos expressam pior saúde mental (131,40), e os utentes com o 3º ciclo de **escolaridade**, manifestam melhor saúde mental (164,00) com um valor considerável na dimensão ansiedade.

Os utentes com **rendimentos** mensais superiores a 1000 euros, revelam melhor qualidade de saúde mental (152,00). Há a referir, que os utentes que auferem um rendimento mensal entre 501-1000 euros, manifestam pior saúde mental (112,50). Estes resultados, podem indiciar que o rendimento, o suporte económico e financeiro contribui significativamente para o bem-estar psicológico e mental dos utentes.

Desta pesquisa resulta, que são os utentes desempregados que obtêm valores mais elevados a nível da QSM (147,00), com excepção nas dimensões depressão e laços emocionais. Estes resultados corroboram com a opinião de Ferreira *et al* (2004), referindo que em situação de desemprego é pouco provável que exista a mesma proximidade com amigos, e que conduza ao isolamento e afastamento, surgindo por vezes sintomatologia depressiva.

A hipótese é parcialmente comprovada nesta investigação, uma vez que, existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio demográficas (género, coabitação) e a qualidade de saúde mental global dos utentes.

Relação entre os níveis de QSM e as variáveis clínicas

No que diz respeito ao **diagnóstico principal** verifica-se, que são os utentes com neoplasia e os portadores de problemas do SNC, que manifestam pior saúde mental (129,00). Paredes *et al* (2008) no seu estudo esclarece, que dadas as consequências físicas, psicológicas e até mesmo sociais que acompanham a neoplasia, é de esperar que a qualidade de saúde mental global dos doentes oncológicos se encontre seriamente comprometida. Contudo, alertam para o facto deste tipo específico de doença, afectar essencialmente outros domínios da qualidade de vida, e não propriamente o domínio psicológico e mental.

Os inquiridos com problemas circulatórios, são os que possuem, em média, melhor saúde mental (145,50), correspondendo ao AVC. Estes resultados, surgem de encontro ao estudo de Galhordas e Lima (2004), afirmando que a reabilitação da pessoa não surge só como a intervenção num corpo atingido, mas também com a reabilitação dos aspectos psicológicos ligados a esse corpo. Também Costa e Duarte (2002), opinam que o programa de actividade física regular realizado, traz aos utentes uma real contribuição para o seu bem-estar psicológico.

Pode-se concluir, que não existem relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, pelo que a hipótese não se confirma.

Relação entre os níveis de QSM e as variáveis situacionais

São os utentes que recebem **visitas** diariamente, que expressam melhor saúde mental (141,78). Estes resultados corroboram com Salgueiro (2007), esclarecendo que os acontecimentos stressantes, como a dependência que se instala na família, pode ter um papel mediador no surgimento da sintomatologia depressiva e mesmo de depressão. Ora, nesta pesquisa verifica-se que os laços emocionais ($p=0,007$) e o bem-estar psicológico ($p=0,097$), apresentam relação significativa com a frequência de visitas, pelo que há a realçar a importância da presença efectiva e regular da família/ cuidador.

Entre a satisfação com o **suporte social** e a qualidade de saúde mental dos utentes, verifica-se, que à medida que aumenta a satisfação com o suporte social, melhora a saúde mental dos utentes, com excepção para o afecto e laços emocionais. Na mesma linha de conclusões Guadalupe (2009), demonstra que existe uma associação positiva moderada entre saúde mental e o tamanho da rede social, mas este, pode não ser um indicador directo de bem-estar. Também Ribeiro (1999a), afirma que o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress, e é benéfico para os utentes.

A necessidade vital, de relações de suporte para o bem-estar de pessoas com incapacidades físicas adquiridas, está associada ao tamanho das redes de relações sociais. Oliveira (2000), afirma que o suporte social objectivo e aquele que é percebido, estão ambos relacionados, embora de diferentes modos, com o bem-estar físico e psíquico destes indivíduos. Nas pessoas idosas, a percepção de suporte emocional proporciona mais protecção para a depressão do que o suporte tangível.

No que diz respeito à relação entre as variáveis situacionais e a qualidade de saúde mental, conclui-se que a frequência de visitas apresenta diferenças estatisticamente significativas com a qualidade de saúde mental.

Relação entre os níveis de QSM e o tempo de internamento

Referente à hipótese formulada, verifica-se, que há relação entre o **tempo de internamento** e a qualidade de saúde mental dos utentes em estudo, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas. No entanto, a qualidade de saúde mental melhora, com excepção para a ansiedade e depressão, ou seja com o aumento do tempo de internamento aumenta o *distress* psicológico ($r=0,404$; $p=0,033$). Galhordas e Lima (2004) no seu estudo, relatam que muitas vezes as pessoas em tratamento de reabilitação, falam de dores físicas como forma mais controlada para exprimirem o seu sofrimento psicológico. Também Oliveira (2000) no seu estudo, explica que, podemos encontrar sintomas depressivos,

elevados níveis de ansiedade, extrema dependência de outras pessoas e reacções psicológicas, nos indivíduos portadores de incapacidades funcionais e que se encontram em processo de reabilitação funcional.

Portanto, o internamento corresponde ao sacrifício da família e à contextualização da doença, individualmente e socialmente. Esta nova situação é capaz de provocar uma regressão afectiva e o surgir de episódios de ansiedade e depressão.

Relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis sócio demográficas

Verifica-se que, são os utentes do **género** feminino que apresentam maior satisfação com o suporte social (36,53), com excepção na dimensão intimidade. A literatura mostra o contrário, pois na opinião de Santos *et al* (2003), a satisfação das mulheres com o suporte social é, na generalidade, inferior à dos homens, e em especial na intimidade. No entanto, os mesmos autores, corroboram com os resultados deste estudo, quando se afirma que as mulheres encontram-se ligeiramente mais satisfeitas com as actividades sociais do que o sexo oposto. No âmbito da RNCCI, o INA (2010) constata, que são as mulheres que apresentam resultados menos positivos em relação ao estado social.

Por sua vez, a satisfação com o suporte social é mais elevada nos utentes residentes no **meio urbano** (37,09), com um diferencial apenas de 1,38, à excepção para as actividades sociais. Este resultado, pode indicar que as UMDR estão localizadas no meio urbano, e os utentes permanecem internados de acordo com a proximidade da área de residência, associado ao facto dos sujeitos coabitarem com os filhos residentes nas cidades.

Acerca da satisfação com o suporte social (44,00), obtêm-se valores elevados na faixa etária dos inquiridos com **idade** compreendida entre 41-50 anos. Estes resultados, corroboram com o relatório sobre a RNCCI do INA (2010), afirmando que são os mais idosos que apresentam resultados menos positivos em relação à satisfação com o suporte social. Também é significativo que, os sujeitos de 51-60 anos manifestam baixa satisfação com o suporte social (24,00). No estudo de Ferreira *et al* (2004), constata-se que o suporte social e a idade apresentam significado estatístico com a dimensão satisfação com a família, pelo que são os utentes com mais idade a referir maior satisfação com o suporte social.

Os indivíduos **viúvos** são os mais satisfeitos com o suporte social (37,90), mas os sujeitos solteiros apresentam um valor significativo na satisfação com o suporte social (36,67). Estes resultados, são contrários à opinião de Santos *et al* (2003), expressando que são os utentes casados que se apresentam mais satisfeitos com o suporte social. No estudo de

Ferreira *et al* (2004), verifica-se que são os indivíduos casados que apresentam maior satisfação com o suporte social.

Os utentes que **coabitam** com os pais, revelam melhores médias na satisfação com o suporte social (54,00). Estes resultados, surgem na mesma linha de diversos estudos de investigação, pois Ribeiro (1999a) expressa que a família, essencialmente os pais, constituem a principal fonte de suporte social para os jovens. Os inquiridos que coabitam com irmã/cunhado demonstram baixa satisfação com o suporte social (28,00).

A satisfação com o suporte social obtém maior valorização pelos utentes do **distrito** de Coimbra (43,67), seguindo-se os pertencentes ao distrito de Leiria (41,00).

Os indivíduos sem **habilitações académicas**, manifestam inferior satisfação com o suporte social (34,40). Este resultado, é partilhado por Ferreira *et al* (2004), esclarecendo que embora com associações fracas, é evidente que a satisfação com o suporte social na sua generalidade, amigas e família se associe aos níveis mais baixos de escolaridade. Pode-se indiciar que, os sujeitos com mais habilitações académicas são mais exigentes nos níveis de satisfação social.

Contudo, são os indivíduos com **rendimento mensal** superior a 1000 euros, que manifestam baixa satisfação com o suporte social (30,00), indiciando que a situação económica elevada não é tudo na vida. Nesta pesquisa, fica a ideia que, quanto menor o rendimento, maior a satisfação com o suporte social, essencialmente nas actividades sociais e a valorização das amigas com a família e amigos. Partilhando assim, da opinião de Ferreira *et al* (2004), que é na satisfação com a família e amigos que surgem os comportamentos protectores e vigilância de saúde.

São os utentes **reformados**, que mais valorizam o suporte social (36,74). Este resultado, corrobora com o estudo de Ferreira *et al* (2004), constatando que são os desempregados que permanecem mais insatisfeitos com o suporte social, essencialmente na dimensão amigas. É relevante esta situação, uma vez que para o Ser humano, o desemprego constitui a maior crise das suas vidas, sobretudo se tiverem emprego estável por alguns anos.

Neste contexto, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sócio demográficas (idade, valor do rendimento mensal, situação profissional) e a satisfação com o suporte social, pelo que se confirma a hipótese.

Relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis clínicas

No entanto, são utentes com problemas de **neoplasias**, que expressam maior satisfação com o suporte social (41,00), seguidos dos sujeitos com problemas circulatórios. Santos *et al*

(2003), constatou que os utentes portadores de neoplasia sentem-se razoavelmente satisfeitos como apoio recebido pelos amigos e com a intimidade, e pelo contrário pouco satisfeitos com as actividades sociais. Neste estudo, a dimensão actividades sociais, apresenta relação com o diagnóstico principal.

Relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e as variáveis situacionais

A satisfação com o suporte social, adquire valores mais elevados nos utentes que são visitados em dias alternados (41,75), seguidos dos indivíduos com visitas diárias (38,44). Deve-se ter em conta, que a intimidade gerada pela proximidade entre cuidador e o utente é um aspecto deveras gratificante, na medida em que aumenta a cumplicidade de quem cuida e de quem é cuidado, minimizando assimetrias entre ambos.

Contudo, são os utentes que não recebem visitas que apresentam satisfação com o suporte social inferior (29,00). Oliveira (2000), opina que a satisfação com o suporte social de um utente portador de AVC varia com a frequência de contactos familiares, pois quando estes aumentam, os relacionamentos com amigos e grupos sociais parecem diminuir gradualmente. Mais uma vez, se constata a importância da presença regular dos amigos aos utentes internados. Guadalupe (2009), expressa que a rede primária desempenha um papel essencialmente de natureza afectiva, envolvendo indivíduos que têm afinidades pessoais num quadro não institucional.

Relação entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e o tempo de internamento

A análise estatística, indica que à medida que aumenta o **tempo de internamento**, aumenta a satisfação com o suporte social, com excepção para a dimensão intimidade. Constata-se, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e o tempo de internamento. Para Sousa *et al* (2007) torna-se essencial desenvolver programas de apoio a doentes crónicos e suas famílias, que facilitem a adaptação familiar à doença crónica. Segundo o relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI (2010), a demora média de internamento registada na tipologia de Média Duração e Reabilitação situa-se em 76 dias, concretamente na Região Centro corresponde a 71 dias.

Diferenças entre os níveis de QV e os diversos momentos de avaliação

Esta monitorização comparativa, abrange apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão ~~2~~ 60 dias de internamento.

Mediante os resultados obtidos, verifica-se que, as médias da segunda avaliação (≥60 dias) são superiores em todas as dimensões e global. E conseqüentemente, revelam superior qualidade de vida, com excepção para saúde geral e desempenho emocional, em que aqui a qualidade de vida é superior aquando da admissão. São inúmeros os estudos que demonstram a influência de actividade física sobre a saúde geral, como também influencia no aspecto de se sentir saudável. Os resultados obtidos, não corroboram na totalidade com o estudo de Costa e Duarte (2002), afirmando que sob o ponto de vista da percepção subjectiva do estado geral de saúde, os utentes sentem-se mais saudáveis após um programa de reabilitação, apesar de não apresentarem mudanças significativas no que diz respeito às sequelas da doença.

De modo geral, os resultados obtidos nesta investigação, leva a concluir que a implementação de um programa de reabilitação estruturado, que tenha em consideração os interesses, as limitações e potencialidades dos utentes, pode constituir um importante elemento na valorização do indivíduo, e conseqüentemente melhorar a sua qualidade de vida global.

No entanto, constatou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e qualidade de vida global ($p=0,358$), o que leva a concluir que a hipótese formulada não se confirma.

Diferenças entre os níveis de QSM e os diversos momentos de avaliação

Esta análise comparativa, engloba apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão ≥60 dias de internamento. Analisando os resultados, verifica-se que as médias da primeira avaliação (admissão), são superiores em todas as dimensões e global.

Estes resultados, corroboram com Oliveira (2000), expressando o facto da pessoa que se encontra num processo de reabilitação procura frequentemente apoio psicológico. Também Galhordas e Lima (2004), referem que a diminuição do bem-estar psicológico, e por sua vez o agravamento da saúde mental, pode estar relacionada com as reacções psicológicas dos utentes em tratamento (negação, frustração, luto).

Para Costa e Duarte (2002), a melhoria de aptidão e aquisição de maior segurança na realização das tarefas, ocasiona um benefício natural ao aspecto psicológico e emocional.

No entanto, constata-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e saúde mental global ($p=0,198$), pelo que infirma a hipótese formulada.

Diferenças entre os níveis de Satisfação com o Suporte Social e os diversos momentos de avaliação

Esta comparação abrange apenas 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão e ≥ 60 dias de internamento.

Mediante os resultados, verifica-se que, as médias do primeiro momento avaliativo (admissão), são superiores em todas as dimensões e global.

Estes resultados são corroborados por inúmeros estudos, revelando a importância da proximidade do suporte social para o utente que se encontra afastado do seu ambiente familiar. Para Oliveira (2000), o isolamento social que se manifesta com o internamento, contribui de algum modo para o agravamento da incapacidade do utente.

A hipótese formulada não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões e suporte social global ($p=0,606$).

Na sequência, do que foi abordado anteriormente, a caracterização da população em estudo, corrobora com o relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI (2010), que traça o perfil do utente que ingressa na tipologia de Média Duração e Reabilitação, sendo do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, casada e pertencendo a uma família natural, com o primeiro ciclo de escolaridade, dependente nas actividades de vida diária, com diagnóstico principal do aparelho circulatório, referentes ao foro do AVC (36%), seguidos do sistema músculo-esquelético (20%).

Para se compreender a **evolução** da qualidade de vida, da qualidade de saúde mental e da satisfação com o suporte social entre os momentos de avaliação (admissão e ≥ 60 dias), foi realizada uma comparação entre os resultados obtidos por 14 utentes, ou seja, o grupo que respondeu ao instrumento de colheita de dados na admissão e ≥ 60 dias de internamento. Neste sentido, verifica-se que, a qualidade de vida dos utentes melhorou com o internamento, sendo mais significativa a diferença na componente mental, e nas dimensões vitalidade, funcionamento social e saúde mental. A qualidade de saúde mental piorou após o internamento, apresentando os inquiridos mais *distress* psicológico, tendo apenas obtido mais valorização as dimensões ansiedade e laços emocionais. Os utentes expressam maior satisfação com o suporte social, no momento de admissão, sendo apenas a dimensão satisfação com a família que mantém o mesmo valor (10,79).

Contudo, deve-se relembrar os objectivos e finalidades da RNCCI, pois as unidades de internamento de Média Duração e Reabilitação promovem o treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras, ressocialização e actividades sócio ocupacionais, envolvendo uma equipa multidisciplinar.

3 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

Embora no ponto anterior tenham sido apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso da investigação, pretende-se partilhar algumas noções que se consideram de especial importância, assim como sistematizar algumas ideias, de relevante interesse.

O Objectivo desta pesquisa foi avaliar a Percepção da Qualidade de Vida da pessoa com Doença Crónica Incapacitante e Dependente internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Região Centro, com a intenção de contribuir para a discussão das práticas a serem adoptadas para a melhoria da QVRS dos utentes que podem usufruir dos recursos oferecidos pela RNCCI.

Os dados obtidos, confirmaram que a doença crónica é uma situação que provoca limitações na vida do seu portador, sentindo-o em vários aspectos, quer a nível emocional, social/familiar, físico, entre outros.

Apesar de, nesta investigação, não terem sido encontradas muitas diferenças significativas entre as diferentes variáveis em estudo, esta pesquisa permitiu encontrar diferenças significativas relativamente à qualidade de vida com as variáveis sócio demográficas, e variável situacional como é o suporte social.

Assim, confirma-se que, são os utentes do sexo masculino que apresentam melhor qualidade de vida global, com relação estatisticamente significativa na dimensão dor corporal e componente física. A proveniência dos utentes surge como um determinante influenciador da qualidade de vida global, denotando-se que são os sujeitos do meio rural que apresentam maior pontuação, constando-se diferenças estatisticamente significativas para as dimensões funcionamento físico, vitalidade, componente física e mental. A coabitação demonstra ser uma variável que influencia a qualidade de vida dos utentes, uma vez que são os utentes que coabitam com os seus pais a apresentarem melhor qualidade de vida, com relação estatisticamente significativa nas dimensões saúde geral, funcionamento físico, desempenho emocional e componente mental. A nível das habilitações académicas, as dimensões funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, desempenho emocional, saúde mental, componente física e mental, apresentam relação estatisticamente significativa, pelo que esta variável influencia a qualidade de vida dos utentes internados nas UMDR.

As dimensões vitalidade, funcionamento social e saúde mental apresentam relação com o suporte social, pelo que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a

satisfação com o suporte social e a qualidade de vida dos utentes, principalmente com a componente mental.

Neste estudo, constatou-se que a qualidade de saúde mental apresenta relação com as variáveis sócio demográficas (género e coabitação), e com a frequência de visitas. Conclui-se, que os utentes do sexo masculino e que coabitam com o pai, apresentam melhor saúde mental.

No entanto, a frequência de visitas, apresenta diferenças estatisticamente significativas com a qualidade de saúde mental, pelo que são os utentes que recebem visitas diariamente que mais a valorizam.

Com análise dos resultados sobre o suporte social, constata-se que a idade, o rendimento mensal e a situação profissional, apresentam relação estatisticamente significativa com a satisfação com o suporte social dos utentes da amostra. Ou seja, são os utentes mais novos, com rendimento mensal entre 401 e 500€ e reformados, que manifestam maior satisfação com o suporte social.

Na análise comparativa dos resultados obtidos do grupo inquirido nos dois momentos de avaliação (14 utentes), constata-se que não existe relação com a qualidade de vida global, qualidade de saúde mental e satisfação com o suporte social. Facto este, que pode estar relacionado com o número reduzido da amostra, pois se duplicasse seria muito provável que já houvesse diferenças significativas.

As equipas multidisciplinares de cada UMDR pertencentes à RNCCI, devem estar conscientes que, constituem uma fonte de suporte para a pessoa com doença crónica incapacitante e dependente, contribuindo na ajuda e orientação à gestão eficaz destas patologias. É fundamental construir e manter uma boa relação, profissional/ pessoa com doença crónica, enfatizando o conceito da intervenção centrada na pessoa e desenvolvendo o *empowerment*.

Para além do papel desenvolvido pelos profissionais na prestação de cuidados aos utentes internados nas UMDR perante a sua doença e determinantes futuras, outras estratégias deverão ser redesenhadas, de forma a potenciar as capacidades das pessoas portadoras de doenças crónicas para se auto-gerirem e obterem uma melhor qualidade de vida.

Considera-se, no entanto, que este estudo apresenta algumas limitações:

Disponibilidade dos colaboradores: Embora tenham colaborado no estudo cerca de metade do número total de UMDR existentes na Região Centro, sentiu-se grande dificuldade em obter autorização e colaboração, pois foram inúmeras as respostas negativas por parte dos responsáveis dessas instituições. No entanto, a ECR Centro autorizou a aplicação na RNCCI. Contudo, a melhoria contínua da prestação de cuidados, é o caminho para a qualidade da

assistência aos utentes, construindo-se com a parceria, colaboração e interesse de todos os colaboradores e intervenientes na RNCCI, sempre numa perspectiva construtiva e positiva, e não numa estratégia de competitividade.

Extensão do questionário. Apesar da boa adesão, o número de questões pode ter feito com que mais utentes internados nas UMDR na região Centro não tenham respondido. Tendo em conta a extensão do questionário, constatou-se que haveria a necessidade de disponibilizar recursos humanos para a sua colaboração e orientação no preenchimento, o que se tornou um obstáculo para as UMDR.

Características dos utentes. O diagnóstico principal dos utentes internados nas UMDR, principalmente, Acidentes Vasculares Cerebrais, demências e senilidade, dificultaram a obtenção de uma maior amostra.

Estudo transversal / longitudinal. O facto de ser um estudo deste tipo, não permite perceber as variações na qualidade de vida, saúde mental e suporte social ao longo do tempo, pois o número de utentes que preencheram o questionário nos dois momentos avaliativos foi pequeno.

Impossibilidade de comparação. Como não existem estudos realizados na população da investigação com estes instrumentos de recolha de dados, não foi possível comparar os níveis encontrados com a população em geral.

Impossibilidade de generalização. Como os dados foram obtidos apenas de uma região do país, implica resultados e conclusões somente à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para outras regiões do país.

Após a concretização deste estudo, julgo ter atingido os objectivos propostos para a realização desta investigação. Além do enriquecimento pessoal sobre as temáticas, obtive uma “*nova visão*” da problemática em questão, e espero sinceramente que esta possa contribuir para melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde dos utentes internados na RNCCI, visando a humanização da prestação de cuidados, com a rentabilização de todos os recursos, humanos, institucionais e políticos.

São vários os desafios enfrentados pelos países em desenvolvimento: a crise económica, o aumento da expectativa de vida, a estrutura de serviços sociais - a previdência e o declínio do cuidado tradicional da família, na verdade, a falta de uma reorientação apropriada voltada para “envelhecimento e saúde”.

Resultante desta investigação, constroem-se opiniões e **sugestões**, ou seja, os Cuidados Continuados Integrados estão numa posição privilegiada e são actualmente uma

resposta avançada, para a qualidade de vida da população portuguesa, contribuindo para melhorar a saúde das populações, promovendo o bem-estar e a satisfação de quem mais necessita.

Os cuidados a prestar deverão ser dirigidos à população de uma maneira geral, rentabilizando a despesa. Se investirmos de modo consistente na proximidade, continuidade e igualdade dos cuidados, na partilha da responsabilização com a família ou cuidadores na prestação da assistência, a nível da articulação da Segurança Social e do Ministério da Saúde a intervenção curativa, que é onerosa diminui.

Que a implementação de um Modelo de Gestão da Doença, como é a RNCCI, que envolve parceiros, colaboradores e uma excelente articulação na prestação de cuidados, contribua e concretize a resposta às reais necessidades em cuidados crónicos das pessoas dependentes e incapacitantes, e conseqüentemente se traduza na permanência destas no seu contexto domiciliário, reduzindo os internamentos hospitalares.

Por outro lado, e porque a RNCCI surge com trabalho no terreno e com a filosofia de parceria, do trabalho articulado (social e saúde), revela-se que a caracterização dos recursos humanos aponta para a necessidade de afectação a tempo inteiro. Partindo dos princípios que a qualidade dos cuidados e a segurança dos cidadãos são essenciais, considera-se que o cálculo das dotações de recursos humanos tem que ser realizado numa base local, orientado e adequado às necessidades concretas das pessoas, bem como às características geográficas do território.

Na linha de interesse desta investigação, julgo que a presente dissertação poderá contribuir para o conhecimento da gestão das doenças crónicas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mais especificamente o contributo de todo o trabalho multidimensional realizado nas Unidades de Média Duração e Reabilitação em prol da Qualidade de Vida dos utentes internados nesta tipologia.

Para finalizar, considero que todas as etapas, fases e passos realizados ao longo desta investigação, demonstram a vontade de minimizar a dependência funcional e melhorar a qualidade de vida do cidadão, partilhando a ideia, *“há que estudar, perspectivar, amadurecer, criar sinergias, mesmo as que muitas vezes dificilmente se conciliam”* (UMCCI, 2009, p.137).

BIBLIOGRAFIA

- ACIOLI, Sónia (2007), “Redes Sociais e Teoria Social: Revendo os fundamentos do conceito”, *Revista Inf. Londrina*, vol. 12, n/ esp.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO CENTRO (2008): “*Relatório de Actividades 2007*”, Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados da Região Centro, Coimbra.
- ALBUQUERQUE, Carlos M. (2004) - “Comportamientos de salud y de riesco en la adolescência, Dissertação de Doutoramento, Universidade da Extremadura, Badajoz, Espanha.
- ALMEIDA, Helena (2008), “Cuidados Continuados Integrados: Um olhar sobre a Rede”, *Boletim informativo do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE*, Barreiro.
- ARAÚJO, Cláudio, ARAÚJO, Denise (2000), “Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos”, *Revista Brasileira de Medicina Esporte*, vol. 6, nº 5, pp. 194-203.
- AUDIT COMMISSION (2004) – “Avoiding and diverting admissions to hospital – a good practice guide” In *Health & Social Care Change Agent Team*, Department of Health U.K.
- BAPTISTA, Makilim, BAPTISTA, Adriana e TORRES, Erika (2006), “Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes”, *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, vol. 7, nº 1, pp. 39-48.
- BERGER, Louise e MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995): “*Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidade*”, 3ª edição, Lusodidacta, Lisboa.
- BRITO, Daniele, ARAÚJO, Thelma, GALVÃO, Marli, MOREIRA, Thereza, LOPES, Marcos (2008), “Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial”, *Caderno Saúde Pública*, vol. 24, nº 4, pp. 933-940.
- BUGALHO, António, CARNEIRO, António (2004): “*Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*”, 1ª edição, Ensaio de Cor Lda., Lisboa.
- CAETANO, J.M. (2004) – “Obstáculos à introdução da gestão da doença em Portugal”, In *Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, EUJOA A.G. 1ª edição

- CAMPOLINA, Alessandro e CICONELLI, Rozana (2006), “Qualidade de Vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para tomadas de decisão em saúde”, *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 19, pp. 129-136.
- CHAMBO, V (1997): “*Apoio social y salud, una perspectiva comunitária*”, Promolibro, Valência.
- COSTA, Alberto e DUARTE, Edison (2002), “Actividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquémico (AVCI)”, *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, vol. 10, nº 1, pp. 47-54.
- COSTA, Etã (2005): “*Um olhar sobre a Saúde dos Estudantes do Ensino Superior*”, Coleção Estudos e Documentos, Instituto Piaget, Lisboa.
- DECRETO-LEI nº 101/06. D.R. I Série-A, 109 (06-06-2006). 3856-3865.
- DESPACHO n.º 10464/08. D.R. II Série, 70 (09-04-2008). 15883-15885.
- DESPACHO CONJUNTO n.º 407/98. D.R. II Série, 138 (18-06-1998). 8328-8332.
- DECRETO-LEI n.º 281/03. D.R. I Série-A, 259 (08-11-2003). 7492-7499.
- DEW, Nicholas, READ, Stuart, SARASVATHY, Saras e WILTBANK, Robert (2008), “Outlines of behavioral theory of the entrepreneurial firm”, *Journal Of economic Behavior & Organization*, vol. 66, pp. 37-59.
- DIRECTIVA TÉCNICA nº1/2008 – “Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento e equipas da RNCCI”, UMCCI de 07-01-2008.
- DORNELAS, Armèle, GONÇALVES, F, MARINHO, Patrícia, MACIEL, M e GALINDO, V (2006), “Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36”, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol. 10, nº1, pp. 121-126.
- FARIA, Luísa e MARINHO, Cláudia (2004), “Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade”, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 6, nº 1, pp. 93-104.
- FARINATTI, Paulo (2002), “Teorias do envelhecimento: do genético ao estocástico”, *Revista Brasileira de Medicina Esporte*, vol. 8, nº 4, pp. 121-126.

- FERREIRA, P. (1998) – “A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, In *Documento de Trabalho 2*, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- FERREIRA, P. (2000a) – “Adaptação cultural e linguística. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36”, *Revista Acta Médica Portuguesa*, vol.13, pp. 55-66.
- FERREIRA, P. (2000b) – “Testes de validação. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36”, *Revista Acta Médica Portuguesa*, vol.13, pp. 119-127.
- FERREIRA, Teresa, RIBEIRO, José e GUERREIRO, Manuel (2004), “Estudo de Adaptação da Escala de satisfação com o Suporte Social em doentes submetidos a revascularização do miocárdio”, *Revista Referência*, nº11, pp. 5-16.
- FERREIRA, Pedro e SANTANA, Paula (2003), “Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 21,nº 2 pp. 15-30.
- FORTIN, Marie- Fabienne (1999): “*O processo de investigação: da concepção à realização*”, Lusociência, Loures.
- FREEMAN, Edward (1984): “*Strategic Management: A Stakeholder Approach*”, Pittman Publishing, London.
- GALHORDAS, João e LIMA, Paula (2004), “Aspectos Psicológicos na Reabilitação”, *Re(habilitar): Revista da Escola Superior de Saúde do Alcoitão*, nº 0, pp. 35-47.
- GAMEIRO, Sofia, CARONA, Carlos, PEREIRA, Marco, SIMÕES, Mário, RIJO, Daniel, QUARTILHO, Manuel, PAREDES, Tiago, CANAVARRO, Cristina e SERRA, Adriano (2008), “Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral”, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 9, nº 1, pp.103-112.
- GAUTHIER, Benoît (2003): “*Investigação social da problemática à colheita de dados*”, 3ª Edição, Lusociência, Loures.
- GROVES, T.; WAGNER, E. H. (2005) – “*Cuidados de elevada qualidade para as pessoas com doenças crónicas*”, *BMJ*, vol. 14, pp. 239 - 240.
- GUADALUPE, Sónia (2009) – “*Intervenção em Rede: serviço social, sistémica e redes de suporte social*”, Imprensa da Universidade de Coimbra, Sereer soluções editoriais, Coimbra

- GUERREIRO, Inês (2006), “Cuidados Continuados e Paliativos – Desafios”, *Gestão & Saúde*, nº 4, pp.21-26.
- HENRIQUES, Aníbal e LIMA, Maria Luísa (2003), “Estados afectivos, percepção do risco e suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito”, *Revista Análise Psicológica*, vol. 3, pp. 375-392.
- HOUT, Réjean (2002) – “*Métodos quantitativos para as ciências humanas*”, Coleção Epistemologia e sociedade, nº 186, Lisboa: Instituto Piaget.
- INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO (2009) – “*Estudo de caracterização dos utentes da RNCCI*”, Equipa multidisciplinar de investigação e consultoria, Oeiras.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – “*Estimativas de população residente 2009*”, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios.
- JOIA, Luciane, RUIZ, Tânia e DONALISIO, Maria Rita (2007), “Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos”, *Revista Saúde Pública*, vol. 41, nº1, pp. 131-138.
- JONES, Thomas (1995), “Instrumental Stakeholder Theory: a synthesis of ethics and economics”, *Academy of Management Review*, vol.20, nº 2, pp. 404-437.
- KERSTEN, Paula, MULLEE, Mark, SMITH, Jennifer, McLELLAN, Lindsay e GEORGE, Steve (1999), “Generic health status measures are unsuitable for measuring health status in severely disabled people”, *Clinical Rehabilitation*, nº 13, pp. 219-228.
- LARA, Maria, NAVARRO, Claudia e RUBI, Norma (2002), “Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres un primer nivel de atención”, *Revista Salud Mental*, vol. 25, nº 6, pp. 13-20.
- LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/2004. D.R. I Série I-A, 173 (2004-07-24) 4642-4693.
- LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/2005. D.R. I Série I-A, 155 (2005-08-12) 4642-4686.
- MARTINS, Catarina (2005). *Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus*. www.psicologia.com.pt. 09/02/2010.

- MAZO, Giovana, MOTA, Jorge e GONÇALVES, Lúcia (2005), “Actividade física e qualidade de vida de mulheres idosas”, *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Janeiro -Junho, pp. 115-118.
- MENDES, Felismina (2005), “Doenças Crónicas: a prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados”, *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 9, nº 1, pp. 42-47.
- MINAYO, Maria, HARTZ, Zulmira e BUSS, Paulo (2000), “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário”, *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, vol. 5, nº 1, pp.7-18.
- NETO, C, ARAÚJO, T e CURADO, M (2001), “Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço”, *Acta Oncológica Brasileira*, nº 20, pp. 96-194.
- NOVAIS, Eulália, CONCEIÇÃO, Ana Patrícia, DOMINGOS, João e DUQUE, Vera (2009), “O Saber da pessoa com doença crónica no auto cuidado”, *Revista HCPA*, vol. 29, nº 1, pp. 36-44.
- OLIVEIRA, Rui (2000), “Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas”, *Revista de Análise Psicológica*, vol. 4, pp. 437-453.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde (Edição original, WHO, World Health Organization, 2001).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). *Chronic diseases and their common risk factors*. <http://www.who.int.01/12/2009>.
- ORNELAS, J (1996). “Suporte Social e doença mental”, *Revista de Análise Psicológica*, vol. 2-3, nº 14, pp. 263-268.
- ORSINI, Marco e OLIVEIRA, Marcos (2008), “Escala de Avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico”, *Revista Neurociência*, Março, pp. 1-7.
- PAREDES, Tiago, SIMÕES, Mário, CANAVARRO, Maria Cristina e SERRA, Adriano (2008), “Impacto da doença crónica na qualidade de vida comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor”, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 9, nº 1, pp.73-87.
- PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes (2003): “*Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*”, 3ªEdição, Editora Sílabo, Lisboa.

- PIMENTEL, Francisco (2003) – “Qualidade de Vida do Doente Oncológico”, Dissertação de candidatura a doutor em medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- PIMENTEL, Francisco (2006): “*Qualidade de Vida e Oncologia*”, Reimpressão da edição de Março 2006, Almedina Editora, Coimbra.
- PINTO, José, GARCIA, António, BOCCH, Sílvia e CARVALHÃES, Maria (2006), “Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF”, *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, vol.11, nº 3, pp. 753-764.
- PONTE, Ana, RIBEIRO, José (2008) – “Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS social support survey” In *I. Leal; J. Pais-Ribeiro; I. Silva & S. Marques (Edts), Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Lisboa: ISPA, pp. 53-56.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (s/d). Alto Comissariado da Saúde (ACS). <http://www.acs.min-saude.pt>. 05/11/2009.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004a) - *Implementação do Plano Nacional de Saúde*, ACS, Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004b) - *Plano Nacional de Saúde*, DGS, Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007) - *Fórum Nacional de Saúde: Implementação do Plano Nacional de Saúde*, ACS, Lisboa.
- RAMOS, Luís Roberto (2003), “Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso”, *Caderno Saúde Pública*, vol. 19, nº3, pp. 793-798.
- Relatório Primavera (2006) - *Sentidos e Significados*, OPSS.
- RENAUD, Isabel (2009), “A Qualidade de vida - merece toda a vida ser vivida?”, *Revista Portuguesa de Bioética*, Ano XIX/48 N.S., nº7, Maio, pp. 81-94.
- RIBEIRO, José (1999a), “Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)”, *Análise psicológica*, 3 (XVII), pp. 547-548.
- RIBEIRO, José (1999b): “*Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*”, 2ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.

- RIBEIRO, José (2001), “Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa”, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 2, nº 1, pp.77-99.
- RIBEIRO, José (2007): “*Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em Português*”, 1ª edição, Quarteto Editores, Lisboa.
- RIBEIRO, José (2009), “A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde”, *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, Alcochete: Textiverso, pp.31-49.
- SALGUEIRO, Hugo (2008), “Percepção do Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da Família que coabita e cuida de um idoso dependente”, *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, pp. 51-63.
- SANTOS, Paulo (2003). *Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social - uma reflexão*. <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/novidades.htm>. 05/05/09.
- SANTOS, Célia, RIBEIRO, José e LOPES, Carlos (2003), “Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica”, *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 4, nº 2, pp. 185-204.
- SEIDL, Eliana e ZANNON, Célia (2004), “Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos”, *Caderno Saúde Pública*, vol. 20, nº 2, pp.580-588.
- SIQUEIRA, Maria (2008), “Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social”, *Revista em Psicologia Estudo*, vol. 13, nº 2, pp. 381-388.
- SOUSA, Liliana, GALANTE, Helena e FIGUEIREDO, Daniela (2003), “Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa”, *Revista Saúde Pública*, vol. 37, nº 3, pp. 364-371.
- SOUSA, Liliana, MENDES, Álvaro e RELVAS, Ana P. (2007): “*Enfrentar a velhice e a doença crónica: Apoio das unidades de saúde e doentes crónicos idosos e suas famílias*”, 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2008): “Monitorização do Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: 1º Semestre 2008” In *Relatório Semestral*, Agosto (Versão Web).
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2009): “*Desafios de Um Modelo Integrado*”, 2ª edição, Companhia de Ideias, Lisboa.

UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010), “Monitorização do Desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, *Relatório Anual 2009*, Fevereiro.

VÉLEZ, Diana, ACELAS, Lina e QUIROGA, Yannin (2008), “Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga”, *Revista Pensamiento Psicológico*, vol. 4, nº 10, pp. 59-83.

VILAR, F. e SALGADINHO, S. (2004), “Do conceito de qualidade de vida como conceito”, *Revista Enfermagem em Foco*, nº 57, pp. 34-37.

WHO (2002), “Cuidados Inovadores para condições crónicas: Componentes estruturais de acção”, *Relatório Mundial*, Geneva.

WHO (2003). Adherence to long-term therapies.

http://www.who.int/chronic_conditions/adherence/en/. Acedido em 02.06.09.

WWW.dgs.pt

ANEXOS

ANEXO A

*(Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de recolha de dados (MHI e ESSS)
ao Exmo Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro)*

ANEXO B

(Pedido de autorização à Equipa Coordenadora Regional para aplicação dos questionários nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da Região Centro)

ANEXO C

(Pedidos de autorização e colaboração para aplicação dos questionários nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da Região Centro)

ANEXO D

(Notas informativas sobre autorização e colaboração na aplicação dos questionários nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da Região Centro em estudo)

ANEXO E
(Questionário)

ANEXO F

(Consentimento informado entregue aos utentes)