

## **Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados**

*Eliana Andreia Diegues Pinheiro*

Trabalho de Projeto realizado no âmbito do curso de Mestrado de Cuidados

Continuados 2013/2015

Orientadora:

**Doutora Maria José Gomes**

**Bragança, Abril de 2016**



## **Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados**

*Eliana Andreia Diegues Pinheiro*

Trabalho de Projeto realizado no âmbito do curso de Mestrado de Cuidados

Continuados 2013/2015

Orientadora:

**Doutora Maria José Gomes**

**Bragança, Abril de 2016**



## **Resumo**

**Introdução:** Entende-se por qualidade de vida a percepção que o indivíduo tem em relação à sua posição na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta seus objetivos, expectativas, perspectivas de vida, relações sociais e cultura de valores. O estudo subordinado ao tema qualidade de vida dos utentes internados em UCC, tem vindo a assumir um caráter importante na sociedade. A RNCCI surge pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, sustentada no âmbito do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Esta pretende fornecer cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação, na promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias.

**Objetivo:** Conhecer o perfil sociodemográfico e avaliar o nível da qualidade de vida dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela.

**Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal, observacional, analítico, numa abordagem quantitativa. Para a recolha dos dados, recorreu-se ao questionário WHOQOL-Bref, para avaliar a qualidade de vida e o Índice Barthel, para avaliar a independência funcional.

**Resultados e conclusões:** Os resultados revelam que os utentes das UCC apresentam, em cada um dos domínios analisados, valores de qualidade de vida baixos. As médias percentuais estão compreendidas entre 50% e 60%, com exceção do domínio físico, cuja média é 37,59% em Bragança e 32,31% em Mirandela.

**Palavras chave:** qualidade de vida, rede cuidados continuados, envelhecimento



## Resumé

**Introdução:** Il est entendu pour qualité de vie de la perception que l'individu a par rapport à leur position dans la vie, dans le contexte où il opère, en tenant compte de ses objectifs, attentes, perspectives de vie, les relations sociales et les valeurs culturelles. Le RNCCI se pose par le décret-loi n ° 101/2006 du 6 Juin 2006, pris en charge dans le cadre du Ministère de la Santé et du Travail et de la Solidarité Sociale. L'objectif est de fournir des soins orienté multi-dimensionnelle pour la promotion de la qualité de vie en mettant l'accent sur la réhabilitation, la promotion de l'autonomie et la participation des usagers et des familles.

**Objectif:** Caractériser le profil sociodémographique et d'évaluer le niveau de qualité de vie des utilisateurs de soins continus des Unités de Bragança et Mirandela.

**Méthodologie:** Nous avons développé une étude descriptive, transversale observationnelle et analytique, dans une approche quantitative. Pour la collecte des données, on a fait appel au questionnaire WHOQOL-Bref, pour évaluer la qualité de la vie et de l'indice Barthel pour évaluer l'indépendance fonctionnelle.

**Résultats et conclusions:** Les résultats révèlent que les utilisateurs de UCC, dans toutes les domaine analysés, ont valeurs de la qualité de vie relativement faible. Le pourcentage moyen se situe entre 50% et 60% à l'exception du domaine physique, dont la moyenne est de 37,59% en Bragança et 32,31% en Mirandela.

**Mots-clés:** qualité de vie, réseau de soins continus, le vieillissement.



## **Abstract**

**Introduction:** It is understood by the term quality of life that it is the perception that an individual has in relation to its own circumstances, in life, in its context, taking into account objectives, expectations, life perspectives, social relations and cultural values. The study on the subject of the quality of life of patients admitted to UCC continuing care unit, has been taking a significant importance in society. The RNCCI national scheme of continuing care took effect by Decree-Law No. 101/2006 of 6<sup>th</sup> June 2006, supported under the Ministry of Health & Employment and Social Solidarity. This aims to provide multidimensional oriented care for the promotion of quality of life with emphasis on rehabilitation, promoting autonomy and the participation of patients and families.

**Objective:** To identify the sociodemographic profile and assess the quality standard of living of the Patients in Continuing Care Units of Bragança and Mirandela.

**Methodology:** We developed a descriptive, transverse, observational, analytical study, with a quantitative approach. For data collection, we appealed to the WHOQOL-Bref questionnaire, to evaluate the quality of life and the Barthel index to assess the functional independence.

**Results and conclusions:** The results show that patients of the UCC continuing care unit, present relatively low measures of quality of life in every domain. The average percentage is between 50% and 60% with the exception of the physical domain, the average of which is 37.59% in Bragança and 32.31% in Mirandela. The values obtained are representative of answers given by respondents, therefore, justifying the results.

**Keywords:** quality of life, continuing care, aging



*“Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz que realmente importa. Todas as nossas palavras serão inúteis se não brotarem do fundo do coração. As palavras que não dão luz aumentam a escuridão. A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionamos apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.*

*Madre Teresa de Calcutá*



## **Agradecimentos**

Todos os agradecimentos que eu posso aqui expressar, jamais reletirão a a gratidão que sinto por todos eles.

Agradeço, de fundo do coração à minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Maria José Gomes, pela disponibilidade, atenção e dedicação que sempre me disponibilizou. A sua recetividade é excecional.

Agradeço a todos os utentes que dedicaram um pouquinho do seu tempo a responder ao que lhe foi pedido.

Agradeço aos senhores procuradores da Santa Casa de Misericórdia de Bragança e da Santa Casa de Misericórdia de Mirandela, por me abrirem as portas da instituição.

Agradeço à diretora técnica da UCC de Mirandela, Dr.<sup>a</sup> Raquel de Oliveira Alves, pelo apoio e encaminhamento e disponibilidade.

Agradeço à diretora técnica da UCC de Bragança, Susete Abrunhosa, pelo acompanhamento e disponibilidade.

Agradeço aos profissionais de saúde das duas UCC, pelo acolhimento, simpatia que me disponibilizaram.

Agradeço à coordenadora do Mestrado, Dr.<sup>a</sup> Gorete Batista e a todos os docentes que me acompanharam ao longo desta caminhada, pelos oportunos incentivos. Sem eles o percurso não seria igual.

Agradeço ao grupo de investigação português da WHOQOL-Bref, pela rápida autorização e disponibilização da documentação necessária à aplicação do instrumento de recolha de dados.

Agradeço a todas as minhas colegas de turma, pelo companheirismo. Todas juntas conseguimos percorrer uma jornada que nos parecia complicada.

E por fim dedico e agradeço este meu trabalho de investigação: à minha família.

**A todos, bem hajam**



## **Lista de abreviatura e siglas**

**AVD** Atividades da Vida Diária

**ECL** Equipas de Coordenação Local

**ECR** Equipas de Coordenação Regional

**INE** Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** Instituições Privadas de Solidariedade Social

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**QdV** Qualidade de Vida

**QdVrS** Qualidade de vida relacionada com saúde

**RNCCI** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SNS** Sistema Nacional de Saúde

**SPSS** *Statistical Package for Social Sciences*

**UCC** Unidade de Cuidados Continuados

**UMCCI** Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

**WHOQOL** World Health Organization Quality of life

**WHOQOL-Bref** Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida



## Índice geral

Introdução.....	1
I. ESTADO DA ARTE .....	5
1. Qualidade de vida em Geral .....	5
1.1 Perspetiva Histórica da Qualidade de Vida .....	5
1.2 Definições e Conceitos de Qualidade de Vida .....	6
1.3 Qualidade de Vida e Saúde.....	8
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	11
2.1 Cuidados Continuados Integrados .....	11
2.2 Objetivos da RNCCI.....	12
2.3 Organização e Coordenação da RNCCI .....	13
2.4 Tipologias de Respostas Prestadas Pela Rede RNCCI.....	14
2.5 População Alvo .....	15
2.6 Apoios Relevantes .....	15
2.7 Adesão/ Procedimentos à RNCCI .....	16
3. O Envelhecimento Demográfico Das Populações e o Envelhecimento Das Mesmas.....	17
3.1. Processo do Envelhecimento Humano .....	18
3.2 Envelhecimento .....	20
3.3 Trabalhar Para Atingir a Idade da Reforma ou Outros Apoios Financeiros ....	24
3.4 Cuidados Formais e Informais.....	25
3.5 A Família Provedora de Cuidados ao Idoso .....	27
4. A importância dos cuidados personalizados a cada utente.....	28
5. A família no contexto de cuidados informais.....	32
6. Rede social de apoio e educação social .....	38
II. METODOLOGIA .....	43
1. Metodologia.....	43

1.1 Objetivos do Estudo .....	43
1.2 Considerações Éticas .....	44
2. Instrumentos e recolha de dados.....	45
2.1 Questionário WHOQOL-Bref e Índice de Barthel .....	45
3. Seleção da amostra e critérios de Inclusão .....	47
3.1 Caracterização da Amostra.....	47
4. Apresentação e análise dos resultados.....	50
4.1 Resultados obtidos após a aplicação da Escala WHOQOL-Bref, nas amostras em estudo.....	50
4.2 Resultados obtidos após a aplicação do índice de Barthel nas amostras em estudo nas UCC. ....	53
4.3 Relações entre os domínios da escala WHOQOL-Bref e as variáveis sociodemográficas .....	54
4.3.1 UCC Bragança.....	55
4.3.2 Resultados obtidos na amostra da UCC de Mirandela .....	56
5. Discussão dos resultados .....	61
Conclusões, Limitações e Sugestões .....	71
Bibliografia.....	73
Anexos.....	81
Anexo I: Escala WHOQOL-Bref .....	82
Anexo II: Índice de Barthel .....	86
Anexo III: Protocolo de Consentimento Informado.....	87
Anexo IV: Autorização para aplicação de questionários em Bragança.....	88
Anexo V: Autorização para aplicação de questionários em Mirandela.....	91
Anexo VI: Autorização para aplicação de Escala WHOQOL-Bref .....	92
Anexo VII: Teste de Shapiro-Wilk e de Levene .....	96
ANEXO VIII: Cronograma .....	97

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1. Organização e Coordenação da RNCCI.....	14
--	----

## **Índice de Quadros**

Quadro 1. Tipos de resposta de prestação de cuidados da RNCCI.....	15
--	----

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Distribuição da amostra pelo local no que toca ao motivo de internamento na UCC.....	49
--	----

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Domínios da Escala WHOQOL-Bref.....	45
Tabela 2. Distribuição da amostra por local e globalmente no que concerne ao sexo, escolaridade e estado civil.....	48
Tabela 3. Estatística descritiva para a variável idade de acordo com o local e globalmente.....	48
Tabela 4. Estatística descritiva para a variável tempo de internamento de acordo com o local e globalmente.....	49
Tabela 5. Distribuição das amostras em relação à qualidade de vida em geral.....	50
Tabela 6. Distribuição das amostras em relação ao domínio físico.....	51
Tabela 7. Distribuição da amostra em relação ao domínio psicológico.....	51
Tabela 8. Distribuição das amostras em relação ao domínio relações sociais.....	52
Tabela 9. Distribuição das amostras em relação ao domínio ambiente.....	52
Tabela 10. Comparação dos valores médios obtidos nos domínios da escala WHOQOL-bref nos utentes das UCC.....	53
Tabela 11. Variação do índice de Barthel, média e desvio padrão nas duas UCC.....	54
Tabela 12. Distribuição das duas amostras pelas categorias do índice de Barthel.....	54
Tabela 13. Comparação por sexo dos domínios da escala WHOQOL-BREF nos utentes da UCC de Bragança.....	55

Tabela 14. Comparação por faixa etária dos domínios da escala WHOQOL-Bref nos utentes da UCC de Bragança .....	55
Tabela 15. Comparação por nível de escolaridade dos domínios da escala WHOQOL-Bref na UCC de Bragança .....	56
Tabela 16. Comparação por estado civil dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Bragança.....	56
Tabela 17. Comparação por sexo dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela.....	57
Tabela 18. Comparação por faixa etária dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela .....	57
Tabela 19. Comparação por nível de escolaridade dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela .....	58
Tabela 20. Comparação por estado civil dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela .....	58
Tabela 21. Caraterização da amostra global e por UCC em cada domínio: item a item, em termos de média, desvio padrão, correlação com o domínio, alfa de Cronbach por item no caso de ser eliminado e alfa de Cronbach por domínio.....	59
Tabela 22. Teste de normalidade de Shapiro-Wilk .....	96
Tabela 23. Teste de Levene de homogeneidade das variâncias .....	96

## INTRODUÇÃO

A sociedade está em constante mudança, surgem novas necessidades, novas estratégias de intervenção, as quais devem ser melhoradas e modificadas, para promover o bem estar e a qualidade de vida das pessoas. O aumento da longevidade fez emergir a pertinência de implementação de novas estratégias de intervenção no setor da saúde, inspirando a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que vem prover serviços especializados a quem deles necessita.

A conceção desta rede surge pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, sustentada no âmbito do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, implementando assim um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo operacionalizado através de uma Rede Nacional e Intersetorial, integrando políticas do setor da Saúde e da Segurança Social, que aglomeram parcerias com o setor social e privado. A RNCCI pretende fornecer uma prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias.

A qualidade de vida tem vindo a assumir um papel importante na nossa sociedade. Vários estudos têm sido feitos, tendo em vista não só a desmitificação do conceito como a efetiva implementação de parâmetros que contribuam para a melhoria da qualidade de vida em geral. O termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez em 1920, por Pigou, cujo conceito assentava em duas ideias-chaves: economia e bem-estar material. Este, ao longo dos tempos foi-se alterando face ao crescimento económico e desenvolvimento social, veio somar-se a melhoria nas condições de saúde, educação, moradia, transportes, lazer, trabalho e crescimento individual (Paschoal, 2006).

A natureza abstrata do termo qualidade de vida é muito subjetiva e complexa. Existem várias definições sobre qualidade de vida e sobre o estado de saúde, entre as quais a da OMS, que em 1947 definiu saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade (p. 1 citado por Silva, 2011). Na mesma linha de pensamento os argumentos repetem-se quando a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1994, transmite que a qualidade

de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objetivos de vida, relações sociais e perspectivas de vida. (p. 8 Citado por Silva, 2011). O conceito de qualidade de vida deve ser observado sobre várias perspectivas, salientando-se, dentre outras, a bioética e da biologia.

A qualidade de vida está associada ao modo de vida das pessoas e aos acontecimentos que nela ocorrem. A título de exemplo refira-se que a dor, o sofrimento a doença, e a promoção da saúde, são fatores que condicionam a qualidade de vida das pessoas. Como saliente Silva, 2011, todos têm direito a manter uma boa qualidade de vida.

De acordo com Pimentel (2005 citado por Silva, 2011) a qualidade de vida poderá ser composta por vários níveis, sendo representada por um modelo de 3 níveis: no primeiro existe a qualidade de vida; num segundo patamar, as dimensões, sejam a física, psicológica e espiritual social; e, por último, as componentes de cada dimensão como por exemplo a física (dor, vômitos, incapacidade funcional...).. “A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. É bom lembrar que o conceito de bem-estar e de qualidade de vida, variam de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura. (Serra et al, 2006, p. 54 citado por Silva, 2011)”. Os mesmos autores (2006) referem, que cada indivíduo é único, e que as suas necessidades variam. Acrescentam, igualmente, que cada indivíduo dá mais valor ao que para ele é mais significativo.

Segundo Serra *et al* (2006, citado por Silva, 2011) “ vivemos mais porque vivemos melhor, mas a questão é como gerir este percurso mais durável, como enfrentar o desconhecido, a redução das nossas capacidades e a contingente perda de autonomia, onde a nossa cultura a aclama como fundamental”. Assim quando se refere a qualidade de vida fala-se de vivências do quotidiano, de cultura, de experiências adquiridas no decorrer da vida, como envelhecer e o que leva ao envelhecimento (Silva, 2011).

O conceito de qualidade é um conceito que diverge ao longo do tempo e exige uma especial atenção à camada de população idosa, relaciona-se assim a qualidade de vida e o envelhecimento (Silva, 2011). Pimentel (2005) refere que a visão de qualidade de vida passa pela promoção e prevenção da saúde e autonomia e pela capacidade que o

indivíduo tem para realizar as atividades da vida diária. Esta é uma das variáveis basilares para a satisfação e qualidade de vida da pessoa. Paralelamente, a forma como se preocupa com a saúde, com o bem-estar e encara o envelhecimento como uma etapa da vida é fundamental (Silva, 2011).

Neste sentido relaciona-se a qualidade de vida e a saúde, estando estritamente ligadas ao bem-estar pessoal. A saúde de cada sujeito é fator crucial para a obtenção da qualidade de vida no geral. Na perspectiva de Feliz, Julieta (2012), a qualidade de vida aplica-se ao estudo da saúde, principalmente nas situações em que ocorrem mudanças nas condições físicas dos sujeitos (tratamentos oncológicos, cirurgias e reabilitação após AVC), sendo pertinente para a medição dos resultados em saúde. A qualidade de vida é um resultado relevante para o estudo do bem-estar das populações. Desta forma, o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde tem sido um tema analisado essencialmente por médicos, enfermeiros e psicólogos. Já o que respeita à qualidade de vida relacionada com os cuidados tem sido um tema de interesse dos profissionais sociais.

Também é relevante relacionar a qualidade de vida com a avaliação das capacidades instrumentais que passa pela avaliação da autonomia física, atividades primárias ou básicas (AVDI), secundárias ou instrumentais e traduzem a possibilidade do idoso gozar de uma vida autónoma (Stephens, 1990 citado Sequeira, 2010) “ Todo o organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento; a fase reprodutiva e o envelhecimento. Durante a primeira fase ocorre o desenvolvimento e o crescimento dos órgãos especializados, o organismo cresce e adquire habilidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, o envelhecimento, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo (Cancela, 2007, p. 1 citado por Silva, 2011).

The WHOQOL, citada por Paschoal (2006), refere que a Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É relevante investigar o tema qualidade de vida sob diferentes

perspetivas de diversos autores, tendo em conta os paradigmas utilizados e atuais, bem como o cuidado humanizado.

Este trabalho de investigação, subordinado ao tema **A qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados** pretende avaliar a qualidade de vida dos utentes internados nas UCC. Nesta senda, a investigação desenvolveu-se na UCC de Bragança e na UCC de Mirandela. Para avaliar a qualidade de vida, procedeu-se à utilização da escala WHOQOL-Bref e o Índice Barthel. Para a concretização desta investigação delinaram-se os seguintes objetivos: conhecer o perfil sociodemográfico dos utentes da rede de Cuidados Continuados; analisar o nível da qualidade de vida dos utentes da rede de Cuidados Continuados. A metodologia utilizada nesta investigação foi a metodologia quantitativa, descritiva e transversal, observacional, analítica. Participaram 42 utentes das UCC de Bragança e Mirandela, estando repartidos de forma equitativa pelas duas unidades.

Este trabalho está estruturado em duas partes; a primeira parte corresponde ao Estado da Arte e a segunda parte à Metodologia utilizada durante a investigação. Os objectivos desta investigação foram atingidos com sucesso. Esta investigação decorreu conforme o pretendido, permitindo assim assimilar novos conhecimentos, que num futuro próximo, possam vir a ser uma mais valia para a minha atividade profissional.

# I. ESTADO DA ARTE

## 1. Qualidade de vida em Geral

Ao longo das últimas décadas, o conceito (QdV) tem vindo a assumir o lugar central da exploração científica. Estudado por várias disciplinas, este conceito tem assumido a multidimensionalidade entre os vários campos do saber. O seu poder heurístico suscitou nos investigadores um grande interesse, do qual resultaram várias investigações em torno do conceito, contribuindo para a desmistificação e aplicação na prática em diferentes domínios, como na avaliação, na intervenção clínica e na tomada de decisão na política em saúde.

A proliferação de considerações em torno do termo originou várias definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas, no qual o aprofundamento e a clarificação do termo (QdV), não foi aclarado na sua plenitude (Canavarro, 2010).

### 1.1 Perspetiva Histórica da Qualidade de Vida

A sociedade ocidental baseia-se atualmente nas escolas e correntes da filosofia clássica grega e nos seus conceitos base. Muitos filósofos de várias épocas e escolas debruçaram-se sobre o significado de felicidade. Porém duas referências tiveram uma maior visibilidade e destacaram-se até à atualidade.

A visão Aristotélica da felicidade humana em que a perspetiva eudemonista, refere que o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que o direcionasse para o alcance da excelência física e moral. Em contraste a essa perspetiva, Hedonismo e o epicurismo, visceralmente inspiradores das conceções mais modernas de bem-estar, conceptualização da felicidade, em busca incessante pelo prazer como bem supremo, em deferimento do sofrimento e da dor (Canavarro, 2010).

Wood-Dauphine (1999), citado em PASCHOAL (2006), “relata que o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou, em livro sobre economia e bem-estar material, *The Economics Of Welfare*.”

A mensuração do bem-estar das populações, o mercantilismo, predominou durante um grande período de tempo, mais precisamente prevaleceu durante a primeira metade do século XX, em que a QdV das populações era avaliada através de indicadores económicos. O bem-estar das populações estava diretamente subordinado aos níveis económicos, sendo associado ao crescimento económico.

Após 2ª Guerra Mundial, a situação socioeconómica dos Estados Unidos da América (EUA), veio por em causa a visão economista do bem-estar. O crescimento económico prosperava, contudo degradavam-se aspetos sociais relevantes, como a confiança no governo, a solidariedade familiar e a segurança pessoal. Perante essa realidade social, emergiram outras medidas, em moldes não estritamente economistas, mas que quantificavam o bem-estar geral das populações. Em 1948, a OMS através da definição clássica de saúde, veio fazer a ligação entre o termo QdV e o estado de saúde. Neste sentido a OMS define como sendo “ um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença”. Esta definição, veio reformular as iniciativas de promoção para a saúde, deixando de ser dirigidas apenas ao controlo de sintomas, à diminuição da mortalidade ou ao aumento da esperança de vida, passando a incluir o bem-estar e a QdV dos indivíduos. A relação entre a QdV e a saúde é estritamente importante, são conceitos diferentes, mas que se interligam entre si, ou seja um depende do outro. Contudo também é relevante referir que a ligação entre elas, permite avaliar holisticamente as consequências da doença e tendo em conta a natureza biopsicossocial do ser humano (Canavarro, 2010).

As conceções de felicidade, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo, estão reciprocamente relacionados à noção de QdV, traduzem-se também em constructos não raras vezes refutados, quer pela sua ambiguidade ou pela sua utilidade restrita e aplicabilidade limitada. Segundo Philips (2006) citado por Canavarro (2010), o conceito QdV deve integrar dimensões mais subjetivas como a felicidade e a satisfação e outros tópicos mais objetivos, considerados universalmente necessários, tais como uma nutrição ajustada, um ambiente não adverso e uma vida longa e saudável.

## **1.2 Definições e Conceitos de Qualidade de Vida**

O The WHOQOL Group (1995), grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, considera que embora não haja uma definição consensual, há concordância considerável, quanto às três principais características do

constructo: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (Paschoal, 2006). Embora influenciados pelas condições do meio, de vida e do trabalho, o constructo é cada vez mais reconhecidamente subjetivo. A multidimensionalidade engloba pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social. A bipolaridade tem as dimensões positivas e negativas, que podem ser aplicadas a condições tão diversas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor, a fadiga e a dependência (Paschoal, 2006). Ainda na perspectiva do mesmo autor, “duas outras características podem ser acrescentadas: complexidade e mutabilidade. Por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o conceito torna-se complexo e difícil de avaliar. Por outro lado, a avaliação de qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; para uma mesma pessoa muda conforme o seu estado de humor. Essa característica também aumenta a dificuldade de avaliação.”

Na perspectiva de outro autor, a QdV é um conceito ambíguo e complexo, difere de vários factores, varia de cultura para cultura de sujeito para sujeito, depende de um culminar de fatores. A QdV está ligada à percepção que cada sujeito tem de si mesmo e dos outros e do seu meio envolvente, determinando diferentes juízos ou critérios, tais como a educação, a formação de base, a atividade profissional, as aptidões adquiridas, a resiliência pessoal as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008).

A QdV apresentada pelo The WHOQOL, citada em Paschoal (2006): “é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para Browne et al (1994) citado por Beckert, Irigaray, & Trentini (2012), a QdV é “uma interação dinâmica entre as condições externas da vida de um indivíduo e a percepção interna dessas condições” (p.235).

Qualidade de Vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Compreende aspetos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, em situações muito variadas como o atendimento digno em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto e a pontualidade nas deslocações, a alimentação em quantidade suficiente e em qualidade e até a posse de eletrodomésticos. (Pires, 1998, citado por Leal, 2008, p. 2 Citado por Silva, 2011).

A qualidade de vida, pode ser percebida como um aglomerado de significações, estados como o bem físico, mental, psicológico emocional, social (família, amigos, saúde, educação entre outros); o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente onde se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Segundo Serra et al (2006) citado por Silva (2011) “ vivemos mais porque vivemos melhor, mas a questão é como gerir este percurso mais durável, como enfrentar o desconhecido, a redução das nossas capacidades e a contingente perda de autonomia, onde a nossa cultura a aclama como fundamental”. Assim quando se refere a qualidade de vida fala-se de vivências do quotidiano, de cultura, de experiências adquiridas no decorrer da vida, como envelhecer e o que leva o envelhecimento (Silva M. , 2011)

Pimentel (2006) refere que a visão de qualidade de vida passa pela promoção e prevenção da saúde e autonomia (capacidade que o individuo tem para realizar as atividades da vida diária). É uma das variáveis basilares para a satisfação e qualidade de vida da pessoa (Silva M. , 2011).

### **1.3 Qualidade de Vida e Saúde**

A relação da QdV com a saúde surgiu ao mesmo tempo que o conceito se desenvolvia, mas foi especialmente desde a década de 90 que se assistiu a um aumento exponencial de estudos sobre a qualidade de vida relacionada com saúde (QdVrS), com o desígnio de avaliar os cuidados prestados em determinadas doenças, como, por exemplo, as doenças crónicas. Canavarro (2010) refere que a importância da QdV relacionada com a saúde deve-se ao advento da medicina moderna, “ ao dispor de tratamentos, que na sua maioria não curam mas permitem um controlo dos sintomas ou um abrandamento do curso natural da doença”.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1994, adianta que a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objetivos de vida, relações sociais e perspectivas de vida. (p. 8 citado por Silva, 2011).

Como já atrás se deixou escrito, é importante olhar-se para o conceito de qualidade de vida através de várias perspectivas como, entre outras, a da bioética e da biologia, pois a qualidade de vida está associada ao modo de vida e aos acontecimentos que surgem durante a vivência do indivíduo, como por exemplo a dor, o sofrimento a doença, e a promoção da saúde pois cada pessoa tem o direito a manter uma boa qualidade de vida (Silva M. , 2011).

Para Bowling (2005) citado por Feliz (2012), “os investigadores na área dos cuidados de saúde e sociais estão muito centrados na avaliação dos resultados da intervenção e dos serviços prestados, concluindo que o que importa neste século não é o que os profissionais pensam sobre como se sentem os doentes, mas sim como os pacientes avaliam a sua QdV, numa perspectiva mais centrada na pessoa”.

Assim e de acordo com Pimentel (2006) citado por Silva (2011) a qualidade de vida poderá ser composta por vários factores, sendo representada por um modelo de três níveis: no primeiro nível (topo) existe a qualidade de vida; o segundo nível encerra as dimensões física, psicológica e espiritual social e por fim as componentes de cada dimensão, como por exemplo a física (dor, vômitos, incapacidade funcional...). “A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. Recorde-se que o conceito de bem-estar e de qualidade de vida variam de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura. (Serra et al, 2006, p. 54 citado por Silva, 2011)”.

As investigações em torno da QdV e a introdução deste conceito na área da saúde “deveu-se à mudança do modelo de abordagem das questões de saúde, em que se passou da ênfase da biomédica para a ênfase holística, biopsicossocial” (Paúl, 2005p.77citado por Oliveira, 2011).

Cada pessoa é um indivíduo da espécie humana, com características comuns a todos os outros seres humanos. Pode-se, então, afirmar que a pessoa não é apenas um organismo biológico, mas é também resultado de uma série de influências externas e adquiridas, provenientes do ambiente que vive, da educação, das experiências adquiridas de uma comunidade, de um país, de uma economia, de uma história e de uma evolução civilizacional (Rossa, 2007) .

Na visão de Hays, Alonso e Coons (1999), citado por Serra (2010), a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS), é a forma como a pessoa doente funciona na sua vida diária e como entende o seu bem-estar.

A QdVRS refere-se ao valor atribuído à vida quando esta é modificada pela perceção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamentos e agravamentos, tornando-se o indicador principal na avaliação do resultado dos diversos tipos de intervenções (Gianchello citado por Minayo, Hartz, & Buss, 2000 citado em Serra, 2010).

São raras as doenças que não perturbam o bem-estar das pessoas, em parte algumas delas prejudicam o bom funcionamento da pessoa nas atividades diárias e no desempenho de papéis sociais (Katschnig, 2006 citado em Serra, 2010). Ainda na visão destes autores, as doenças crónicas carecem de recursos externos, de natureza social e material. “A doença é uma experiência vivida, uma realidade do próprio indivíduo. A perceção de cada um depende de variáveis psicológicas e sociais que determinam as peculiaridades individuais de resposta à doença (Price,1996 citado por Martins, 2002 p.34) ”.

Um grande desafio atualmente patente na nossa sociedade, são as doenças crónicas e incapacitantes, que se tornaram mais comuns que as doenças agudas (Lundkvist, 2005 citado por Tristão 2012). Como refere Martins, 2002, “ as doenças crónicas são mais frequentes nas idades avançadas, ainda que possam acontecer em qualquer etapa do ciclo vital do indivíduo”. Um dos maiores problemas de saúde no mundo são as doenças crónicas, sendo estas as primeiras causas de incapacidade e morte prematura (Martins, 2002) .

O aumento da longevidade e de doenças crónicas levam a novos desafios no sistema nacional de saúde, implantando novas respostas de cuidados de longa duração e também cuidados mais especializados (Martins, 2002).

O cancro ocupa um lugar de destaque no contexto das doenças crónico-degenerativas. Trata-se, portanto, de uma doença de alta prevalência global,verificando-se na sociedade portuguesa o aumento de mortalidade a partir dos 30 anos de idade. Lutar contra o cancro é uma batalha de todos e se estas pessoas se sentissem abandonadas não

teriam tanto sucesso nas suas caminhadas (Radavelli, Demarchi, Vieira, Kohn, & Cyrino, 2011).

Partindo do que se escreveu anteriormente, Cella (1994) citado por Serra (2010), faz referência aos doentes oncológicos, dizendo: “ após anos em que os cuidados de apoio foram considerados como correspondendo a uma intervenção secundária, atualmente têm vindo a ser progressivamente reconhecidos pela importância que podem ter”. Constata-se que na prática médica, não há objetivo mais significativo que a otimização do funcionamento do doente e o seu bem estar.

Nas últimas décadas, a investigação sobre a QdV, tem merecido um lugar central na investigação. O esforço que tem sido feito para realçar o valor inestimável dos cuidados médicos de suporte, tem sido rotulado na investigação sobre a QdV (Serra, 2010).

Na atualidade é crucial a procura da qualidade, da excelência dos serviços, sendo este um objetivo partilhado entre os utentes do SNS e os profissionais. Os serviços de saúde, sociais, organizações, políticos, profissionais, entre outros, trabalham para alcançar serviços e práticas que venham a melhorar a QdV das populações em geral (Tristão D. , 2012). Alonso, Martínez, Sánchez e Robert (2009) citado por Tristão (2012) declaram “que a par dos apoios sociais e da autodeterminação, a qualidade de vida converteu-se no guia das práticas profissionais bem como o objetivo a alcançar por esses serviços”.

## **2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

### **2.1 Cuidados Continuados Integrados**

Com a alteração do tecido social e com aumento da longevidade e da necessidade de novas estratégias de intervenção no setor da saúde, surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A criação desta rede consubstancia-se pelo (Decreto-lei, nº 101/2006 de Junho de 2006), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criando-se também um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que é operacionalizado através de uma rede nacional e intersectorial, no sentido em que se integraram as políticas do setor da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o setor social e privado. A RNCCI pretende uma prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da

qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias.

Tendo esta como objetivo primordial: “ a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. A rede disponibiliza cuidados de saúde e apoio social aos seus utilizadores, tendo em vista a recuperação, manutenção e autonomia dos utentes, maximizando a sua qualidade de vida (RNCCI, 2009). A implementação da RNCCI, tem como modelo de intervenção a prestação de cuidados adaptados, personalizados, centrados nos utentes. O modo de intervenção da rede é dar respostas de saúde e de apoio social sustentáveis, ajustado às necessidades dos diferentes grupos em situação de dependência e estágio da mesma. A organização dos serviços e a prestação dos cuidados é assegurada por uma equipa altamente qualificada e especializada, permitindo almejar a excelência e a qualidade holística dos cuidados, centrados na pessoa e no suporte ao cuidador principal e famílias, na perspectiva de alcançar toda a sua plenitude.

Entende-se por «Cuidados Continuados Integrados», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social» (Decreto-lei, nº101/2006, 6 Junho «artigo 3º, alínea a»).

A interação e a cooperação entre os profissionais, perfilha, a capacidade e compreensão global do utente tendo em vista: “um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades bio-psi-socio-culturais e espirituais de cada utente; e a construção de uma linguagem comum, uma metalinguagem facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar” (Direcção Geral da Saúde, 2006).

## **2.2 Objetivos da RNCCI**

A RNCCI presta cuidados adequados de saúde e apoio social a todas as pessoas, tendo como objetivos; a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas que se encontrem em situação de dependência; no domicílio, presta cuidados de manutenção a pessoas com perda de funcionalidade ou risco de a perder, para provisão e manutenção

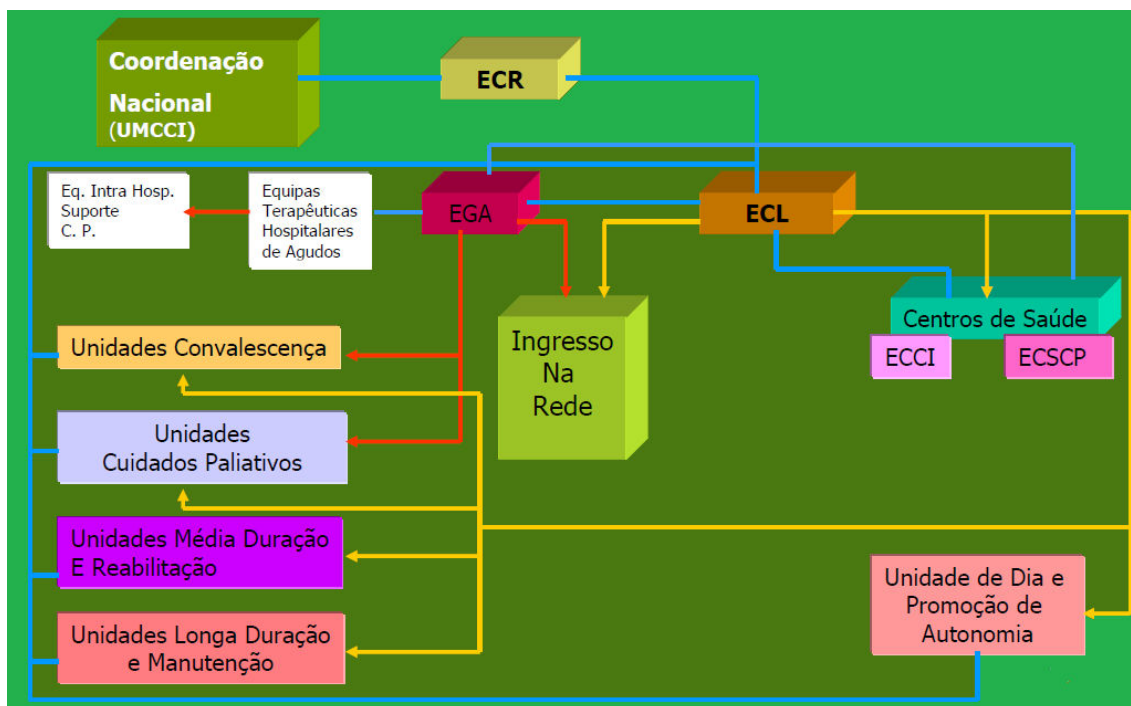
de conforto e qualidade de vida; no internamento é prestado o apoio e o acompanhamento tecnicamente adequado a cada situação; apoio ao cuidador principal e sua família e qualificação dos mesmos na prestação de cuidados; coordenação e articulação em rede de cuidados em diferentes setores e serviços e também níveis de diferenciação.

A implementação da rede em território nacional, vem auxiliar os serviços de saúde e a comunidade que necessita de cuidados especializados, atenuando lacunas ao nível dos serviços e aumentando a qualidade de vida dos utentes, disponibilizando em simultâneo cuidados de saúde e apoio social. A rede pretende dar respostas imediatas aos utentes que necessitam dos seus cuidados, bem como diminuir o tempo de espera para internamento em unidades hospitalares de agudos. Ao nível das unidades hospitalares, a RNCCI vem reduzir a taxa média de ocupação de camas hospitalares, desta forma disponibilizando mais lugares vagos, evitando sobrelotação das mesmas e garantindo uma melhor prestação de cuidados prestados. Vem reduzir o número de internamentos e reinternamentos de pessoas em situação de dependência e reduzir os custos das unidades hospitalares de agudos (RNCCI., 2009).

### **2.3 Organização e Coordenação da RNCCI**

A coordenação da RNCCI é exercida ao nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) sendo operacionalizada a nível regional e local por Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL). A gestão da rede assenta na lógica de descentralização e contratualização de serviços, esta descentralização visa uma articulação efetiva e eficaz dos diferentes níveis e agentes da RNCCI.

A gestão burocraticamente organizada e flexível garante a sua sequencialidade e a sua implementação. A monitorização e acompanhamento asseguram o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes. A sua constituição intersectorial assume o compromisso e características comuns de coordenação, expressando-se na composição das equipas, integrando elementos da área da saúde e da segurança social.



**Gráfico 1. Organização e Coordenação da RNCCI**

Fonte: [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/APCuidadosContinuadosIntegrados.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/APCuidadosContinuadosIntegrados.pdf)

## 2.4 Tipologias de Respostas Prestadas Pela Rede RNCCI

A RNCCI tem disponíveis quatro tipos de respostas para prestação de cuidados de saúde e de apoio social. Neste sentido temos unidades de internamento que são constituídas por: Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos. As Equipas Hospitalares são constituídas por Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas. Outra tipologia de resposta que a rede disponibiliza é o de ambulatório, através das Unidades de Dia e Promoção de Autonomia. A rede também tem ao dispor da sociedade as Equipas Domiciliárias, que disponibilizam Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (RNCCI., 2009). Esta informação está condensada no quadro 1.

**Quadro 1. Tipos de resposta de prestação de cuidados da RNCCI**

<b>UNIDADE DE INTERNAMENTO</b>	<b>UNIDADES DE AMBULATÓRIO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Convalescença</li><li>• Média duração e reabilitação</li><li>• Longa duração e manutenção</li><li>• Cuidados paliativos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade de dia e de promoção da autonomia</li></ul>
<b>EQUIPAS HOSPITALARES</b>	<b>EQUIPAS DOMICILIÁRIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipas de cuidados continuados integrados</li><li>• Equipas comunitária de suporte em cuidados paliativos</li></ul>

Fonte: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>

## **2.5 População Alvo**

Segundo o artigo 31º do Decreto-lei n.101/2006, as pessoas com situação de perda de autonomia, portadores de diversos tipos e níveis de dependência, que precisem de intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, são as que constituem a população alvo. São constituintes da população alvo, pessoas com dependência funcional; pessoas idosas com critérios de fragilidade; pessoas com patologias crónicas evolutivas e de dependência funcional grave, por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente; pessoas que se encontrem em fase de doença terminal (Decreto-lei, nº101/2006, 6 Junho «artigo 31º»).

## **2.6 Apoios Relevantes**

A população tem direito a beneficiar de apoios relevantes, quando estes sejam necessários, podendo ser acumulados com outros subsídios ou prestações sociais. A saber:

- ✦ Bonificação por deficiência do abono de família para crianças e jovens;

- ✿ Subsídio mensal vitalício; Subsídio por assistência de terceira pessoa; Subsídio de doença;
- ✿ Pensão de invalidez;
- ✿ Complemento solidário para idosos; Complemento por cônjuge a cargo; Complemento por dependência; Complemento extraordinário de solidariedade (Guia Prático- RNCCI, 2014).

## **2.7 Adesão/ Procedimentos à RNCCI**

As pessoas que estão internadas num hospital do Serviço Nacional de Saúde, devem contactar o serviço onde estão internadas ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital. A EGA do hospital onde o doente está internado em situação de episódio de doença aguda, analisa a situação e quando estão reunidos todos os critérios de adesão à RNCCI, envia uma proposta de admissão à equipa coordenadora local da área de residência. Iniciando o processo de internamento a equipa fará uma avaliação interdisciplinar, findo o qual prepara com antecedência todos os procedimentos para que quando o utente tiver alta tudo esteja em conformidade para que a mesma seja executada com sucesso (Guia Prático- RNCCI, 2014).

As pessoas que se encontram no seu domicílio, num hospital privado ou em outras instituições ou fundações, e que estejam em situação de dependência, que precisem de cuidados continuados de saúde ou de apoio social, devem dirigir-se a um médico, enfermeiro ou assistente social da Unidade de Saúde da sua área de residência. A equipa da Unidade de Saúde avalia o doente e se verificar que reúne requisitos necessários para admissão na rede, envia a proposta para a Equipa Coordenadora Local da mesma área, cuja decisão favorável determina o ingresso do doente na RNCCI. Após o internamento, toda a equipa presta cuidados de excelência, bem como durante todo o processo de internamento, a família ou o cuidador principal, serão envolvidos em todas as etapas de reabilitação (Guia Prático- RNCCI, 2014).

A abrangência das matérias sob a alçada da RNCCI tornaria fastidiosa a sua descrição, bem como a sua compreensão pelo leitor comum, pelo que se optou pela enumeração de ideias-chave que transmitam uma noção geral da rede, consubstanciadas nos temas seguidamente abordados:

### **3. O Envelhecimento Demográfico Das Populações e o Envelhecimento Das Mesmas**

As projeções de População Residente em Portugal, entre 2012-2060, segundo o Instituto Nacional de Estatísticas, apontam no sentido de uma sustentada diminuição populacional. Em 2012, houve uma diminuição para cerca de 10,5 milhões e em 2060 estima-se que a população diminua para 8,6 milhões de pessoas. Os dados revelam um declínio populacional, esperando-se também alterações da estrutura etária da população, resultando num forte envelhecimento demográfico, em que o índice de envelhecimento aumentará de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens. Mas as consequências não serão apenas estas, já que, neste mesmo período e cenário, prevê-se que o índice de sustentabilidade potencial passe de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos.

A perda populacional será ainda mais acentuada quando os níveis de fecundidade atingem valores baixos, paralelamente saldos migratórios negativos, podendo a população residente atingir 6,3 milhões em 2060. Ainda segundo as mesmas projeções, a população jovem tenderá a diminuir. Entre a população residente em Portugal, a faixa etária mais afetada serão as idades inferiores a 15 anos, isto num cenário central entre 2012 e 2060, esperando-se uma diminuição de 1550 para 993 milhares. A população idosa, com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Espera-se que em 2060, a população idosa poderá vir a atingir 3 344 milhares no cenário alto e 2 729 milhares no cenário baixo. Segundo as Projeções do INE “O acréscimo mais acentuado da população idosa ocorre no cenário alto e resulta de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário. Em qualquer dos cenários, a tendência de aumento da população idosa inverte-se na vizinhança de 2050, quando entrarem nesta faixa etária as gerações nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2014).

Também no que concerne ao envelhecimento da população mundial, e observando a análise divulgada pelo INE, 2014, verifica-se o constante crescimento das taxas de expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade, tendo como consequência o aumento da população idosa na sociedade.

A OMS (2005, citado por Tristão, 2012) “refere que a proporção mundial de pessoas com 60 ou mais anos apresenta um crescimento maior do que qualquer outro grupo etário. De 1970 a 2025 é esperado um crescimento de 223%, ou cerca de 694 milhões de pessoas mais velhas, o que significa que em 2025 existam cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e em 2050 haverá 2 bilhões” (Tristão, 2012).

O desenvolvimento das sociedades e os progressos proporcionados pelo avanço tecnológico, em particular pelas ciências da saúde, vieram a contribuir de uma forma decisiva para o prolongamento da vida, à qual se coliga um crescimento da população idosa. Observando os resultados inerentes ao envelhecimento da população, constata-se o aumento da longevidade, dos quais emergem novos desafios em diversos domínios, de que se destacam a prevenção e promoção da saúde e a prestação de cuidados (Sequeira C. , 2010).

### **3.1. Processo do Envelhecimento Humano**

O número crescente de estudos realizados sobre o desenvolvimento humano mostra que ocorre ao longo de todo ciclo vida e é determinado por idade e por múltiplas características (física, intelectual ou cognitiva, social, da personalidade, entre outras) (Osório & Pinto, 2007). Ao longo do ciclo vital, o ser humano tem múltiplos caminhos possíveis de desenvolvimento, os quais se intensificam progressivamente com o avanço da idade (Fonseca, 2005). Os percursos de vida vão-se diferenciando uns dos outros à medida que a pessoa envelhece, devido à intersecção de variáveis de ordem biológica e cultural. As influências exercidas sobre o desenvolvimento humano são derivadas de aspetos biológicos, psicológicos, sociais e por experiências individuais que são extremamente diversificadas e susceptíveis (Fonseca, 2005).

O desenvolvimento humano, no contexto da psicologia, remete-nos para estágios, uma forma de organização das etapas da vida humana. Um conceito bastante promissor, onde a psicologia da educação procura argumentar, fundamentar o termo “ciclos de vida”. Este pode ser mais promissor para a compreensão e de maior alcance do fenómeno do desenvolvimento do que “estágios”, utilizados pela psicologia (Oliveira M. K., 2004).

A teoria do ciclo vital “foi entendida por (Baltes, P. B.: 1983 e 90) como uma alternativa às concepções assistólicas do desenvolvimento humano, concebidas como simples consequências unidireccionais, irreversíveis e universais, orientadas para um estágio final” (Osório & Pinto, 2007). Os modelos dialéticos desta teoria consideram o

desenvolvimento humano, um produto de fatores internos, intrínsecos aos sujeitos (condutas instintivas, características e estados fisiológicos) e fatores externos extrínsecos aos sujeitos, (influências do meio físico e componentes culturais), influenciam-se ambos contínua e reciprocamente (Osório & Pinto, 2007).

Ainda na perspectiva do Ciclo Vital, podemos observar as múltiplas modificações ao longo da vida, em cada uma das dimensões do comportamento. A infância é um período de crescimento e a velhice é um período de deterioração. Cada uma segue dimensões e percursos específicos. As dimensões do desenvolvimento sofrem alterações positivas e negativas, determinam a plasticidade do sujeito perante ocorrências ao longo do ciclo vital e são consequências de fatores ambientais, culturais e históricos (Osório & Pinto, 2007).

O desenvolvimento pode ser sinteticamente definido como transformações, processos que ocorrem ao longo do ciclo vital do sujeito e que estão relacionados a um conjunto de fatores complexos (Oliveira M. K., 2004).

A abordagem histórico-cultural do desenvolvimento humano é apresentada em quatro planos genéticos: a filogênese, a ontogênese, a sociogênese e a microgênese (Vygotsky; Luria, 1996; Wertsch, 1988, Oliveira; Rego, 2003 cit. Oliveira, 2004).

Palacios (1995), cit. por Oliveira, (2004), em outro contexto teórico, apresenta-nos três factores de transformações do desenvolvimento. A 1ª etapa diz respeito á etapa da vida em que a pessoa se encontra; a 2ª refere-se a experiências culturais, sociais e históricas, nas quais a sua existência decorre; a 3ª e última fase diz respeito às experiências peculiares, privadas de cada sujeito e não generalizadas a outras pessoas.

A 1ª etapa corresponde ao plano ontogenético, explorado por Vygotsky, citado por Oliveira, (2004), decorre de determinações biológicas provindas da pertinência à espécie humana (plano filogenético) e insere uma certa homogeneidade entre os sujeitos que se encontram em uma determinada etapa de vida individual.

O plano socio genético, ocupa a 2ª etapa, onde o sujeito encontra uma certa homogeneidade entre a sociedade onde vive, onde se rege por uma cultura própria, num momento histórico e dentro de um determinado grupo social. A terceira etapa designada plano microgenético, em que Palacios (1995) citado por Oliveira, (2004), insere elementos idiossincráticos que fazem com que o desenvolvimento psicológico se

estabeleça como um fenômeno singular, único e que não ocorre da mesma forma entre sujeitos. O terceiro dos fatores (plano microgenético), continua Palacios, introduz elementos idiossincráticos que fazem com que o desenvolvimento psicológico seja um fenômeno único, que não ocorre da mesma maneira em dois sujeitos diferentes (Oliveira M. K., 2004).

A maturação biológica é essencial para o processo de desenvolvimento, mas não representa a totalidade do desenvolvimento:” as transformações mais relevantes para a constituição do desenvolvimento tipicamente humano não estão na biologia do indivíduo, mas na psicologia do sujeito, muito mais referida, portanto, ao segundo e terceiro fatores explicitados na citação de Palacios (1995) citado por Oliveira (2004), feita anteriormente, isto é, às circunstâncias histórico-culturais e às peculiaridades da história e das experiências de cada sujeito” (Oliveira M. K., 2004).

### **3.2 Envelhecimento**

O envelhecimento da população, a morbidade e a mortalidade por patologias sociais, assim como as novas doenças infecto-contagiosas, acidentes, doenças crônico-degenerativas e a sida, constituem o leque variadíssimo das patologias atuais, patentes na sociedade, todas elas associadas com atitudes e comportamento sociais desajustados e a fatores do meio (Duarte, 2002).

A grande maioria dos utilizadores do SNS, são idosos. Porém verifica-se que as patologias múltiplas, sobretudo patologias crônicas, não conduzem sempre ao internamento prolongado numa unidade de saúde. Contudo o regresso a casa constitui uma problemática permanente na sociedade quando o idoso não tem suporte social nem tem quem lhe promova cuidados ao longo da sua recuperação, como é, sobretudo, o caso daqueles que vivem sozinhos e que não devem ser descurados.

A doença não escolhe idade, etnia ou género, afetando o sujeito em qualquer fase do ciclo vital. Todavia, nos idosos existe uma maior prevalência de problemas relacionados com o sistema músculo- esquelético, não querendo dizer que outros grupos não possam estar suscetíveis às doenças (Augusto, et al., 2002). É ainda importante sublinhar que no envelhecimento aparecem limitações funcionais, físicas e sensoriais, fatores que impedem a realização das atividades de vida diária e que em muitos casos conduzem a dependência.

A osteoporose, associada às limitações articulares, leva à diminuição da mobilidade e à diminuição do equilíbrio. As consequências imediatas e mais frequentes são o aumento das quedas que, não raras vezes, originam fraturas que, por sua vez, conduzem ao internamento numa Unidade de Saúde (Augusto, et al., 2002). Nesta perspetiva referente à prestação de cuidados, a questão da idade associa-se um maior risco de doença e em consonância a um maior índice de dependência, podendo este estar associado a uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira C. , 2010).

Quando as quedas originam fraturas altamente incapacitantes e/ou elevados níveis de dependência, os sujeitos necessitam de um longo tempo de reabilitação. Nestes casos, após alta médica, ou são encaminhados para casa ou, alternativamente e quando o indivíduo ainda necessita de cuidados continuados, é encaminhado para a RNCCI. Aqui receberá um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, centrados na sua recuperação global, que visam a promoção da sua autonomia, melhorando a sua funcionalidade, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (Decreto-lei, nº101/2006, 6 Junho «artigo 3º, alínea a»).

A prestação de cuidados continuados é um direito fundamental do utente e a assistência domiciliária uma alternativa ao internamento numa unidade de saúde. Deste modo, evita-se a lotação das unidades de saúde e diminuem-se os custos em saúde, objetivos que, a par da promoção de cuidados de excelência e da propiciação de uma melhor qualidade de vida, a RNCCI persegue.

A RNCCI assenta num objetivo primordial: “ na prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. No entanto, sendo as pessoas idosas as principais utilizadoras da rede, parece-nos plenamente justificada a premência da opção pelo tema do envelhecimento.

Segundo Serrano (2006, citado por Tristão, 2012), o envelhecer pode ser considerado uma grande conquista da Humanidade. O poder envelhecer é um fenómeno recente e tem origem em diversos fatores, explicáveis pela evolução da sociedade. Sendo o desenvolvimento transversal a toda a sociedade, os setores sociais e da saúde são dele uns dos beneficiários, procuram privilegiar o cuidado individual com a saúde e uma melhor alimentação, que, conseqüentemente, conduzem a um maior cuidado com o corpo (Tristão, 2012).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo cronológico e biológico, associado à passagem do tempo, num percurso considerado normal e pelo qual todos tendem a passar, pese embora existe a tendência para rejeitá-lo. Essa rejeição está associada a sentimentos negativos, como tristeza, infelicidades, inutilidade ou associação a doença. No processo de envelhecimento ocorrem alterações físicas e mentais, em que o sujeito está a mais exposto a fatores de risco. Tende a haver uma maior fragilidade e vulnerabilidade a doenças, bem como a traumatismos provocadas por quedas, devido às alterações e à deterioração do organismo do sujeito, com o decurso do tempo (Pimentel, 2005).

O envelhecimento humano definido pelo Ministério da Saúde [MS] (2004), citado por Sequeira (2010), é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida. O mesmo autor faz referência ao conceito de envelhecimento normal, sendo este definido pelo World Health Organization [WHO] (2001), citado em Sequeira (2010), como um conjunto de alterações biológicas universais que acontecem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais (Duarte, 2002).

Ao longo do ciclo vital, os sujeitos assumem diversos papéis sociais, os quais se vão alterando durante o percurso de vida. O idoso da era passada tinha um papel preponderante na estrutura social. Era venerado por todos, respeitado, possuidor de uma enorme sabedoria e cultura, reconhecida por quem o rodeava. Por outro lado, funcionava como transmissor de usos e costumes de gerações em gerações. Continuava a manter um elevado estatuto social, mesmo depois de se retirar da sua atividade profissional (Pimentel, 2005).

Com o progresso das sociedades, a evolução social, económica e cultural, assume um lugar central no quotidiano dos indivíduos, verificando-se novos fenómenos sociais e mudanças ao nível das normas, condutas e costumes. O advento dessas mudanças acarretou para o idosos a perda de estatuto social, passando a ser encarado, por muitos, como um ser inadequado na sociedade de competição e consumo e sendo afastado dos planos sociais, culturais, económicos e políticos. O afastamento do lugar central na família e desse quotidiano, é outra das consequências. (Pimentel, 2005).

A sociedade em geral e as pessoas idosos carecem de alterar padrões estigmatizados, estereotipadas e preconceitos . Ser velho tem que ser visto, tem que ser sentido, tem que

ser aceite com orgulho, com a dignidade que merece. Ser velho é o somatório de muitos anos de vida, de experiências de sabedoria e de liberdade.

Outros autores referem que o processo de envelhecer corresponde a uma transformação bio-psico-social, abdicando ou retirando prestígios aos indivíduos, associando-se estereótipos sociais ao idoso. Neste processo de vida pode-se verificar deterioração progressiva das funções físicas e mentais, declínio progressivo das funções cognitivas e transformações no seio familiar e profissional que exercem influências sobre o sujeito (Tomaz et al, 2002, p.26,25).

Em 2010, Sequeira refere-se à saúde como constituindo um recurso adaptativo e essencial para o idoso ter um envelhecimento normal (Sequeira,2010). O envelhecimento humano definido pelo Ministério da Saúde [MS] (2004, citado por Sequeira, 2010) é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (Sequeira C. , 2010).

O envelhecimento acarreta três fases, não sendo todas atingíveis pelo idoso. A 1ª fase intitula-se como sendo a **fase do idoso**. Nesta não há grandes alterações orgânicas e o sujeito encontra-se apto para realizar as tarefas sozinho. Observam-se, apenas, alterações no estilo de vida, consequência instigada pelo fator económico.

A **Senescência** ocupa a 2ª fase no processo do envelhecimento, caracterizada como normal. Esta acontece quando o sujeito passa a apresentar alterações na sua condição física ou de outra natureza. Torna-se menos independente, passando a necessitar de ajuda de terceiro. Nesta fase não ocorrem distúrbios de condutas, amnésias, perda do controlo. A 3ª e última fase intitula-se como **Senilidade**, sendo esta designada como doença (demência), caracterizada por não haver capacidade de adaptação do cérebro do sujeito. O idoso perde a capacidade de memorizar, de atenção e de orientação no espaço e no tempo. O discurso caracteriza-se como inadequado ou sem conexão. Perde o controlo de urina e de defecar. Tudo isto resulta numa maior restringência da vida, em que o idoso se limita ao leito (Sequeira C. , 2010).

Igualmente relevante é salientar que no envelhecimento humano ocorrem três níveis, quais sejam: biológico, psicológico e social. No envelhecimento biológico ocorrem mudanças fisiológicas, anatómicas, bioquímicas e hormonais, seguidas de um gradual declínio das capacidades do organismo. O envelhecimento psicológico é expresso pelos

comportamentos das pessoas em relação a si próprias ou aos outros. No envelhecimento psicológico ocorrem alterações de atitudes e limitações das capacidades em geral e os comportamentos originam ocorrências de inadaptações, readaptações e reajustamentos dos comportamento (Sequeira C. , 2010).

O envelhecimento social é definido pela obtenção de hábitos e status sociais, em que o sujeito passa a preencher papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas com a mesma idade, inserido na sua cultura e num grupo social. Contudo a sociedade espera que o sujeito independentemente da idade tenha um comportamento adequado e aceite pelo grupo. Este também espera que o sujeito obtenha requisitos padronizados, que assuma características simbólicas, de que são exemplo: a linguagem, hábitos, traje (vestuário). O envelhecimento social está relacionado a normas e a eventos sociais significativos para uma cultura, que dão sentido à vida e onde o critério idade tem influência para o desempenho de papéis sociais. Exemplo disto é o casamento que é um evento que ocorre em geral na idade adulta; ou o nascimento de filhos, num período expectável, em que a idade tem influência (Sequeira C. , 2010).

Aceitar as transformações que ocorre no que respeita a aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais na terceira idade é uma das formas de resolver os problemas decorrentes nesta fase de vida e conseqüentemente ter uma velhice plena e obter níveis satisfatórios de qualidade de vida.

### **3.3 Trabalhar Para Atingir a Idade da Reforma ou Outros Apoios Financeiros**

O sujeito entra no mercado de trabalho e durante anos seguidos ou interpolados desconta para a sua carreira contributiva. As contribuições registadas veem proporcionar um conjunto de apoios sociais e programas de que pode beneficiar através dos Serviços de Segurança Social, os quais surgiram para colmatar as necessidades sentidas pela população. No que respeita às pessoas idosas, os apoios a eles dirigidos dividem-se em dois grandes grupos - os apoios financeiros do estado (reformas, pensões, participações para medicamentos, etc.) e os apoios ao nível de infraestruturas e serviços (Tristão, 2012). A pensão de velhice (reforma) é um valor pago, mensalmente, destinado aos beneficiários do regime geral de Segurança Social. Geralmente a reforma é atribuída ao sujeito que se encontre em situação de velhice e que tenha idade igual ou superior a 66 anos de idade (atribuições do ano 2014/15). Em casos excepcionais são aplicadas outras diretrizes, cujos esclarecimentos adicionais sobre

as mesmas podem ser obtidos consultado pessoalmente os Serviços de Segurança Social ou através do seu portal na internet.

A passagem do idoso à situação de reforma é, desde logo, associada a uma perda de posição social, de papéis até aí desempenhados, às quais outras se vão associando com o decurso do tempo (Osório & Pinto, 2007).

### **3.4 Cuidados Formais e Informais**

O desenvolvimento das sociedades e os progressos proporcionados pelo avanço tecnológico, em particular pelas ciências da saúde, vieram contribuir de uma forma decisiva para o prolongamento da vida à qual se coliga um crescimento da população idosa. A sociedade atual coloca novos desafios, devido ao aumento da longevidade, em diversos domínios, dos quais se destacam o da saúde e o da prestação de cuidados (Duarte, 2002).

Sequeira (2010) refere-se à saúde mencionando que constitui um recurso adaptativo e essencial para que o idoso tenha um envelhecimento normal. Relativamente à prestação de cuidados, associado à idade existe a prevalência de maior risco de doença e conseqüentemente um maior índice dependência. Ao índice de dependência do idoso pode-se associar uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Duarte, 2002).

Previamente ao desenvolvimento da ideia de cuidados informais e formais, importa clarificar dois conceitos importantes – autonomia e dependência.

Autonomia, conforme por World Health Organization [WHO] (2001, citado por Sequeira, 2010) é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tornar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências. Entende-se por autonomia a capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações (Duarte, 2002). A autonomia está relacionada com a capacidade que a pessoa possui para tomar decisões, para gerir a sua vida de acordo com as preferências e ao mesmo tempo ser responsável pelas suas ações.

Dependência, de acordo com o decreto-lei nº101, de 6 de Junho, 2006, (citado por Sequeira, 2010), “ é uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica,

demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. O nível de dependência está estreitamente relacionado com a incapacidade da pessoa para satisfação das necessidades humanas básicas. Uma pessoa dependente carece da ajuda de intermediários (de terceiros) para sobreviver (Duarte, 2002).

O Conselho de Europa (1998, citado por Sequeira,2010), define dependência como“ a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária”. Ou dito de outra forma, “ o estado em que se encontram as pessoas que, por perda autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”. A dependência resulta do aparecimento de um défice, que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente. Na grande maioria destes casos, a insuficiência da ajuda técnica tem de ser compensada por uma outra pessoa (Duarte, 2002).

Em síntese, entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo fato de se encontrar impossibilitado de realizar tarefas sem auxílio de terceiros ou adotar comportamentos. Contudo a dependência física, não implica alteração a nível do funcionamento cognitivo e emocional. O cuidador não deve confundir a mera dependência física com perda de capacidade para tomar decisões. No tocante à autonomia, Sequeira (2010) refere que está relacionada com a capacidade que o indivíduo possui para o desempenho de atividades de vida diária e para o autocuidado (Duarte, 2002).

Relativamente às tipologias de prestação de cuidados, podemos assumir duas formas distintas: cuidado formal (atividade profissional) e cuidado informal. No cuidado formal, a prestação de cuidados é provida habitualmente por profissionais devidamente qualificados, onde se incluem as atividades inerentes ao conteúdo laboral, de acordo com as competências de cada profissional. Embora não diretamente remunerados por esta atividade, são ainda considerados cuidadores formais os profissionais voluntários.

O cuidado informal denomina-se: “os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos” (Sequeira C. , 2010).

Cabem nesta definição de cuidados informais, os providos no domicílio, quer pelos elementos da família, quer, entre outros, por vizinhos ou amigos, já que deles não recebem remuneração. Normalmente, os amigos e vizinhos desempenham pontualmente esta tarefa de cuidadores, preenchendo a inexistência de família direta ou de laços familiares ou de nenhum outro elemento capaz de assumir esse papel.

### **3.5 A Família Provedora de Cuidados ao Idoso**

Segundo Leuscher (2005, citado por Sequeira, 2010) “ na atualidade, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens na promoção da qualidade de vida com a sua permanência no ambiente habitual e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função acrescida, na qual o cuidador informal assume uma maior relevância” (Duarte, 2002).

Os cuidadores informais por norma são familiares. São estes cuidadores informais que prestam largamente todo o apoio à pessoa dependente, ajudando-a na realização das tarefas de vida diária (Pereira H. R., 2013).

Um conjunto de ações dirigidas a uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e de outros apoios no domicílio é indicado ou é chamado de cuidado familiar e as pessoas que prestam cuidados são denominadas por cuidadores familiares (Pereira H. R., 2013).

García (2010), citado por Pereira, (2013) refere que o cuidador informal assume um caráter de voluntariado, não sendo mediado por uma organização. Prestar cuidados é sempre algo que se exerce dentro de uma relação. O indivíduo dependente necessita de ajuda na manutenção ou conservação da sua condição física, psicológica ou social (Pereira H. R., 2013). Os mesmos autores acrescentam que as responsabilidades dos cuidadores informais, devem ser distinguidas em três categorias de apoio, consoante o tipo de ajuda facultada: “ Na primeira insere-se o apoio material ou instrumental, que consiste na realização das atividades que a pessoa não consegue realizar por si própria;

a segunda engloba o apoio informativo ou estratégico, que se revela na resolução de problemas concretos entre a pessoa dependente e recursos externos; a última comporta, o apoio emocional, traduzido por atitudes de suporte, disponibilidade ou presença” (Pereira H. R., 2013).

O que leva os cuidadores informais a assumir este papel são motivações múltiplas. Segundo García, 2010; Sequeira, (2010, citado por Pereira 2013), “a maioria dos cuidadores assume esse papel por iniciativa própria e que com menor expressão apontam que foi uma decisão da família ou por não haver mais ninguém para assumir esse papel. É menos frequente ser a própria pessoa dependente a pedir ao cuidador que assuma o papel de cuidar. Porém o ato de cuidar está estritamente ligado às funções que a família cumpre na atualidade, embora se venham verificando profundas alterações” (Pereira H. R., 2013).

Na perspetiva de Karsch (2003) e de Martin (2005), citado por Pereira 2013, existem quatro fatores determinantes para a escolha da pessoa que irá assumir o papel de cuidadora: “o parentesco, o género, a proximidade física e a proximidade afectiva” .

#### **4. A importância dos cuidados personalizados a cada utente**

“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (art.64º, Constituição da República Portuguesa).

A saúde é parte da cultura dos povos, propiciando ao ser humano a capacidade de aprender e agrega conhecimentos, habilidades e experiências de vida e saúde. A saúde é parte integrante do sujeito. A doença é parte integrante do auto cuidar, através de mensagens oriundas de diferentes fontes: tradições, experiências pessoais ou coletivas, profissionais de saúde, meios de comunicação; “todas estas mensagens são incorporadas a nível individual e coletivo, isto é, na família, no grupo social, na comunidade onde o indivíduo vive e se relaciona” (Duarte, 2002).

Contemporaneamente, o sujeito quando recorre aos serviços de saúde, vê-se despejado de todo o seu saber, entregando-se aos cuidados e aos conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde. Na visão de Jaccard, (1979) citado em Duarte S, (2002), “ O homem da modernidade nasce no hospital, é cuidado no hospital quando doente,

controlado no hospital para constatar que está curado, reenviado ao hospital para morrer segundo as regras, quer dizer, insignificadamente e convenientemente”.

A procura dos cuidados de saúde surge da percepção que algo não está bem dentro dos parâmetros habituais percebidos pelo sujeito ou por quem lhe é próximo. “ O indivíduo que procura cuidados de saúde constitui uma unidade diferenciada e é portador de uma vivência única da sua saúde”. Contudo a mesma autora refere que os profissionais de saúde, baseiam-se num aglomerado de problemas (dores, sofrimento, mal estar...) de forte ligação afetiva e num receio concreto de dependência, inutilidade ou incapacidade, no que concerne à sua doença e de si próprio enquanto pessoa/ doente (Duarte, 2002).

O sujeito perante a situação saúde/doença vê-se confrontado com a tendência de rotulagem ou simplificado à condição de doente de uma determinada entidade diagnóstica, seja ela de priorização na área orgânica – biológica, psicológica, social ou psiquiátrica. De forma (in) consciente, o sujeito apresenta queixas referentes à sua situação de vida, à inconformidade referente ao emprego, à tristeza entre outros. Porém, espera-se que o sujeito enquanto doente detenha um conjunto de comportamentos esperados e padronizados, caso este não detenha esses comportamentos poderá ser considerado como portador de comportamentos desviantes ou inaceitáveis (Mechanic, C. 1978 & Mechanic, C., 1986 citado por Duarte S., 2002). Os profissionais de saúde tem dado bastante atenção à forma com doentes sentem os seus sintomas “ a ideia que fazem das causas; como respondem às indicações médicas; e as terapias que desenvolvem para compreender as respostas do seu próprio organismo” , constituindo isto um processo relevante na forma com que os sujeitos sentem a doença, como monitorizam os seus corpos, como transmitem os valores vigentes no grupo sobre a doença, a saúde , os sintomas, a cura e o papel dos profissionais de saúde perante si e eles (Morgan, 1991 citado por Duarte S., 2002). ’

É importante dar relevo, quando o sujeito procura os cuidados de saúde, leva consigo a sua experiência única de doença, a sua vivência, que é reproduzida na sua própria linguagem, de acordo com um conjunto de saberes (Moskovic, 1986 citado por Duarte S., 2002).

O primeiro impacto do doente com os serviços de saúde e com a equipa vai constituir um momento crucial, significativo para o seu processo de doença. O acolhimento

representa para o utente e sua família um momento importante, onde se iniciará um processo de socialização, o qual irá proporcionar ao utente conhecer a estrutura física, os profissionais, a equipa médica/enfermagem, o seu médico, o seu enfermeiro e os utentes internados. No domínio da saúde a comunicação assume um papel preponderante, segundo Teixeira (2004, p.615) a comunicação em saúde é o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Andrade, 2014).

A comunicação faz parte integrante do sujeito e no que respeita ao exercício de funções, a comunicação é o instrumento mais utilizado no processo de intervenção junto aos utentes, sendo esta fulcral no processo de intervenção e reabilitação. Contudo não se deve descorar o seu valor e importância, uma vez que desse processo se irá retirar a informação necessária e relevante para a formulação de um diagnóstico, prescrição de tratamento e elaboração de um plano de intervenção biopsicossocial (Vital, 1999 citado por Andrade, 2014). Outro aspeto importante relativamente à comunicação é que esta irá influenciar os comportamentos de adesão às recomendações de saúde, como por exemplo; tomar os medicamentos, fazer os exames prescritos de forma autónoma por parte do doente e adesão a comportamentos preventivos relevantes para a redução de riscos na saúde (Teixeira, 2004, citado por Andrade, 2014).

Os profissionais de saúde assumem um papel preponderante no que respeita ao ato de cuidar. Os cuidados baseiam-se numa visão holística do ser humano, baseia-se numa relação permanente com o outro, no toque, como já foi referido na comunicação e no cuidado físico (Barbosa, 2010).

Na visão de Nightingale citado por Barbosa (2010), o utente deveria ser o centro das atenções, deveríamos olhar para a pessoa que sofre como um todo e não apenas pela soma das partes. O ser humano deve ser valorizado como ser individual, único, responsável pela sua dignidade e capacidade para decidir (Carvalho, 2002 citado por Barbosa, 2010). Os profissionais de saúde na prestação de cuidados profissionais, pessoais, estéticos e éticos devem auxiliar o utente a alcançar um elevado grau de harmonia dentro de si, de forma a promover a saúde, prevenir a doença, cuidar o doente e restaurar a saúde (Watson, 2002 citado por Barbosa, 2010).

O processo de cuidar é inerente ao ser humano (Fitzsimons et al., 2007). E cuidar implica interação entre as partes e um envolvimento de autêntica comunicação, como refere Phaneuf (2005, p 23) “...é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”.

O estabelecimento da relação de cuidar e inerentemente de ajuda, instituída entre o profissional de saúde e o utente, exige a perfilhação de uma conduta e postura humanizante, adotando princípios e valores entre ambos. O ato de cuidar pressupõem estar de vigia, estar de guarda a, geralmente durante as horas dadas ao sono, proteger, não abandonar, velando para que continuem a sentir-se pessoas como até então, preservando a sua identidade e singularidade. Em termos da singularidade de cada pessoa pode aludir-se a uma constante assimetria na relação estabelecida, sendo esta uma ligação ou encontro entre duas pessoas únicas e distintas. No entanto, de acordo com Gineste e Pellissier (2007, p. 248) esta relação deve ser “...uma relação de igualdade: igualdade em Humanidade e em cidadania...”

É de realçar a Humanidade como filosofia de cuidados, em Portugal, a metodologia Humanidade alcançou visibilidade e relevância através dos estudos elaborados pela Enfermeira Nídia Salgueiros e por Mário Simões e Manuel Rodrigues. “Humanidade está diretamente relacionada com o cuidar e com a relação de ajuda que um prestador de cuidados tem perante uma pessoa fragilizada (pessoa dependente, vulnerável e em situação crítica ou paliativa), de forma a tentar melhorar a sua situação dependente e de assegurar da melhor maneira possível o seu bem-estar”. No que concerne a prestação de cuidados e para que haja ganhos em saúde, é crucial que se estabeleça uma relação de sólida e de confiança entre o cuidador e doente, contudo essa relação não pode ultrapassar a relação profissional/doente, nem influenciar os tratamentos (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2011).

Phaneuf (2007), os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem compreende a filosofia da Humanidade e sua aplicabilidade na prática clínica, assentando nos seguintes pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário). Pilares esses, que Gineste e Pallisier abraçam como os pilares da Humanidade.

As singularidades da Humanidade, de acordo com Margot (2010), têm a ver com a verticalidade, o olhar partilhado, a inteligência, a capacidade de tocar o outro, o sorriso e o riso, o reagrupamento familiar, a refeição e a socialização. Estas particularidades, que nos parecem banais no dia a dia, são fundamentais para a nossa qualidade de vida e crescimento pessoal, reproduzindo-as de geração em geração (Galvão, Gomes, & Pereira, 2012).

Cuidar, em Humanidade, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o utente na sua globalidade, com necessidades, desejos, objetivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar bem-estar, equilíbrio e satisfação a quem deles necessita é respeitar as crenças, valores e costumes da sua cultura (Galvão, Gomes, & Pereira, 2012).

## **5. A família no contexto de cuidados informais**

“É habitual pensarmos na família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais que uma família” (Alacrão, 2000).

A família é o primeiro grupo no qual o sujeito é inserido, constitui um lugar crucial ao longo do seu desenvolvimento, “é um espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais”. É no seio da família que se estabelece um espaço de vivências de relações afetivas profundas, onde se entrelaça um conjunto de emoções e afetos positivos e negativos (Alacrão, 2000). Na visão de Buscaglia (1997), a família é a força social que tem influência na determinação do comportamento humano e na formação da personalidade. Os relacionamentos estabelecidos entre os membros da família influenciam-se uns aos outros e toda a mudança ocorrida exercerá influência em cada membro individualmente ou no sistema todo. Gameiro (1992) menciona que a família é uma “rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos (...), a simples descrição de uma família não serve para transcrever a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.”

Andolfi (1981) refere que a família é constituída por um organismo e cada organismo é um sistema, isto é, uma ordem dinâmica de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas, da mesma forma se pode considerar “a família como um sistema aberto constituído por muitas unidades ligadas no seu conjunto por regras de comportamento e funções dinâmicas, em constante interação entre elas e em intercâmbio com o exterior”. Na perspetiva de Relvas (1996), a família enquanto sistema é um todo, mas também é parte de sistemas, de contextos mais vagos nos quais se integra. Andolfi (1981) refere que a família é um sistema entre sistemas, tornando-se essencial a exploração das interações e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o sujeito pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros. O “todo” segundo Barreiras (1996); Alarcão, (2000), não é a soma das interações dos seus elementos, é diferente e a ela se opõe.

Numa maneira mais simples, mas com uma colossal grandeza, a família constitui o lugar ideal para viver todas as etapas do desenvolvimento, no que respeita à reabilitação, a família constitui parte integrante no processo saúde/doença. A família constitui, o apoio que o doente necessita, provedora e detentora de laços afetivos essenciais para um processo de reabilitação, é na família que o sujeito procura o aconchego, o carinho, o apoio que necessita para superar momentos complicados (Gomes & Mata, 2012). Na perspetiva Resta e Budó (2004, citado por Marinho, 2013), a família jamais deve ser excluída do cuidado, pois esta representa para o paciente um leque de sentimentos, tais como segurança, conforto, de confiança, carinho e para muitos o motivo da sua existência (Marinho, 2013).

As famílias, amigos, instituições privadas e públicas (escolas, organizações de saúde e outras), grupos religiosos e meios de comunicação social, são agentes primordiais num sistema de saúde pública eficiente. “A família tem uma enorme influência no conceito individual de saúde e doença. É no seio da família que cada pessoa desenvolve o sentido de autoestima e competência pessoal”. O apoio e a influência que a família pode exercer sob o sujeito, poderá a vir a desenvolver práticas de atividades saudáveis que guiam a um estilo de vida saudável (Kaakinen & Birenbaum, 2008).

As famílias em muitos casos funcionam como um auxílio, muitas fazem ponte entre o ambiente domiciliário e o ambiente hospitalar, dinamizando e esclarecendo a equipa sobre informações relativas ao seu familiar doente. Reciprocamente a equipa esclarece o

estado clínico do paciente, dando lugar a um relacionamento de interação, eficiente e estritamente profissional.

Segundo Hanson (2005), citado por Kaakinem & Birenbaum (2008), definem saúde da família como “ um estado relativo de mudança dinâmica do bem-estar que inclui os factores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema da família”. É uma abordagem bio-psico-socio-cultural-espiritual, analogamente aos membros, mas de cariz individual. Também se alude à família como unidade e entidade completa e à família no contexto da comunidade.

O funcionamento de uma família pode ser afetado ao longo do processo de saúde doença do sujeito. Kaakinem & Birenbaum (2008) referem que o funcionamento da família pode afetar a saúde do sujeito, bem como a saúde do sujeito pode afetar o funcionamento de toda a família. Conclui-se que é um processo recíproco, uma influência do outro. “A doença é como um terrorista que surge à porta, irrompe pela casa fora, exigindo tudo o que a família tem.” Relvas (n.d). cit. Carvalho (2012, p.185).

O processo de doença afeta a pessoa na sua visão holística, acarretando implicações e instabilidade individuais, estendendo-se aos membros da família, levando a rutura da homeostasia familiar. Implica a mudança na família e que em muitos casos pode gerar crise, muitas famílias consideram que a doença acarreta perda do equilíbrio do sistema. A família confortada com a doença de um dos seus membros está exposta a um conjunto de situações e sentimentos, o doente converte-se no centro das suas atenções (Augusto, et al., 2002).

A equipa de saúde tem um papel preponderante no que respeita aos cuidados de saúde selecionados para doente e sua família, estes depositam na equipa a confiança, sentimentos de ansiedade, depressivos face à doença do seu ente querido.

É crucial referir que a comunicação é uma ferramenta essencial no que respeita ao ato de cuidar, está presente em todas as ações que a equipa de saúde exerce sob o doente. Comunicar no sentido de orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as necessidades básicas do doente. A comunicação é uma ferramenta essencial no saber-fazer profissional. Todavia, todos os profissionais saúde devem desenvolver técnicas adequadas de comunicação (Briga, 2010).

Marinho (2013) referencia a importância do profissional de saúde, e chama à atenção para a informação que os profissionais de saúde passam aos familiares sobre o estado de saúde do paciente. Quanto menos informações passam aos familiares mais aumenta a apreensão. A falta de informação ou informação não percebida leva ao aumento da angústia face ao desconhecido, unido ao medo pelo enfermo, a atenção que deveria ser designada ao paciente diminui, dessa maneira o cuidado e a comunicação ficam comprometidos.

Pozebom (2009) citado por Marinho (2013) afirma que para algumas famílias é difícil entender a linguagem dos profissionais de saúde, referindo que estes utilizam termos técnicos e muitas vezes ditos de uma maneira fria. Contudo, esta forma de abordagem pode vir a comprometer o relacionamento entre ambos, pode conduzir a consequências um pouco negativas e que por vezes originam um maior distanciamento entre a equipa e os familiares.

Na visão de outros autores, o utente assume o centro das atenções no cuidado. Quando internado numa unidade de saúde, a família passa largas horas na unidade, originando, por vezes, uma competição com a equipa de enfermagem no que respeita aos cuidados, e que pode denotar dúvidas quanto à qualidade dos cuidados por esta prestados (Augusto, et al., 2002).

Segundo Silveira et al. (2005), citado por Marinho, (2013) “o profissional deve primeiro auto conhecer-se e saber lidar com as diferentes situações que lhe serão impostas, durante sua vida profissional”. Daí surge a necessidade da enfermagem ser preparada e ser conscientizada para os novos desafios que possam surgir. Marinho (2013) faz referência a maneira humanizada de se tratar alguém, diz-nos que não está no cumprimento de tarefas, horários e metas”.

Segundo Martins (2001), “ a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipa , cada instituição terá seu processo singular de humanização” (Mota, Martins, & Vêras, 2006).

Na perspectiva de Resta e Budó (2004), citado por Marinho, (2013) a enfermagem deve estar preparada para dar suporte emocional ao paciente, vendo-o como um todo e não se esquecendo que ali está uma pessoa e não só um corpo. Continuando na mesma visão é necessário dar importância ao acompanhante do paciente, pois este faz parte do processo de intervenção. Como referem os autores o acompanhante faz parte dessa história e um simples bom dia, um sorriso, um aperto de mão, uma palavra amiga, faz toda a diferença quer para o paciente quer para o acompanhante, pois estes, em muitos dos casos, encontram-se abalados emocionalmente e vulneráveis por estarem num ambiente estranho.

Segundo Maruti et al (2008), citado por Marinho, (2013) “é de extrema importância que a equipa esteja preparada para estabelecer um relacionamento de confiança e reciprocidade com a família. Portanto é necessário que o profissional se comunique de maneira clara, a fim de retirar dúvidas dos familiares”.

No meio hospitalar, a família surge numa lógica de humanização e de contributo para o sucesso de recuperação “O envolvimento da família surge num conjunto de políticas de *empowerment* (empoderamento ou capacitação interna) pessoal para a manutenção da saúde e prevenção de doença”. Mota D. (2014) dá-nos outra visão da enfermagem e da família. Muitos familiares afastam-se do seu ente querido por negação, evitamento, culpa ou simplesmente por desconhecimento do estado clínico do doente, conduzindo a uma falta de suporte no momento da recuperação. Contudo, também podemos observar atualmente que o principal foco da enfermagem de reabilitação é centrado no suporte social da família e dos prestadores de cuidados. A pessoa alvo de cuidados é abordada como um todo. Esta abordagem de reabilitação é dirigida à família. As intervenções desenvolvem-se num clima de harmonia, de partilha de saberes, de trabalho mútuo à vista recuperação. Visa a adaptação da família à situação de doença do seu ente querido, com vista na promoção da Qualidade de Vida de todos os elementos, facilitando os processos comunicacionais e relacionais. A relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro/ doente e a família, devem assentar num clima de confiança e envolvimento. O profissional espera que o doente/ família o veja como um profissional capacitado para responder às suas necessidades, como uma referência no que respeita à reabilitação e à prestação de cuidados, uma fonte de apoio de ajuda no processo de recuperação. Neste sentido, cabe ao profissional de saúde, adotar uma postura de corresponsabilização e parceria com o doente/família, adotando planos de intervenção e de implementação

satisfatórios à promoção, à recuperação e à satisfação dos mesmos. Deve determinar metas e resultados a atingir, pois as expectativas referentes à recuperação são elevadas em ambos os lados (Mota D. , 2014).

Neste sentido não é de descurar o que os autores Zarcadoolas, Pleasant e Greer (2005, citado por Andrade, 2014) preconizam “a literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de habilidades e competências, que os indivíduos desenvolvem de forma a procurar compreender, avaliar e utilizar a informação na área da saúde e os conceitos adjacentes à mesma, para tomar decisões informadas, reduzir os riscos na saúde e aumentar a sua qualidade de vida”.

Partindo do que foi referido anteriormente, os processos de informação e comunicação em saúde apresentam uma importância crítica e estratégica, pois podem influenciar significativamente a qualidade dos serviços/cuidados prestados.

Samovar, Porter e Stefani (1998), citado por Andrade, (2014) referem que é difícil fornecer um conceito único de comunicação. Neste sentido, referem: a comunicação é um processo dinâmico, não é uma atividade estática, as palavras e seus significados são mutáveis com o tempo e dependem da interação com o outro; a comunicação é sistémica, pois ela não ocorre sozinha, descontextualizada; e, finalmente, a comunicação é simbólica, pois as nossas palavras e atos são símbolos criativos, por meio dos quais exteriorizamos os nossos desejos, pensamentos e experiências.

Segundo Teixeira (2004, p.615,) a comunicação em saúde é o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Andrade, 2014).

A comunicação em saúde contribui para os diferentes aspetos da doença, para a prevenção e promoção da saúde sendo relevante nos mais distintos contextos, a título de exemplo, na educação, na construção de mensagens, campanhas da saúde pública, nas relações entre profissionais de saúde, utentes / família (Buss, 2000, citado por Andrade, 2014). Quando o profissional de saúde está a intervir terapêuticamente, o instrumento mais utilizado é a comunicação, neste sentido não se deve descurar o seu valor e importância. A comunicação funcional e eficaz entre o médico-utente/ família é essencial, uma vez que desse processo se vai retirar a informação necessária e relevante

para a formulação de um diagnóstico, prescrição de tratamento e elaboração de um plano de intervenção biopsicossocial (Vital, 1999 citado por Andrade, 2014).

Assim sendo, não se pode deixar de salientar que a comunicação influenciará os comportamentos de adesão às recomendações de saúde, como por exemplo, tomar os medicamentos, fazer os exames prescritos de forma autónoma, bem como adesão a comportamentos preventivos relevantes para a redução de riscos na saúde (Teixeira, 2004, citado por Andrade, 2014). Não é de descurar que na literatura estão descritos dois processos comunicacionais relevantes para o desempenho da prática profissional do enfermeiro, sendo a comunicação verbal e não-verbal (Phaneuf 2005).

Phaneuf (2005) afirma que a comunicação não-verbal detém um poder muito significativo nas relações interpessoais, tendo várias utilidades como: exprimir as sensações, emoções e os sentimentos; regular trocas; confirmar ou apoiar as palavras; manter a autoimagem; ajudar a estabelecer laços significativos com outros e a mantê-los.

Por outro lado, Phaneuf (2005) faz também referência a determinados comportamentos do enfermeiro que podem, de algum modo, prejudicar ou favorecer a comunicação. Neste sentido estão incluídos os seguintes comportamentos: as posturas e atitudes corporais; os gestos; a distância ou proxémica; o contacto visual; a expressão facial; a voz e respiração; o silêncio; a aparência geral e o tocar. Estes comportamentos podem ser interpretados de maneira positiva ou negativa, por parte do doente e família, dependendo da situação e contexto em que são aplicados.

## **6. Rede social de apoio e educação social**

Partindo da definição recitada por OMS (1946, p.1), saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, deixando assim à parte a antiga definição, que assentava na “ausência de doença”, onde o doente era visto só como doente. Era notória a emergência da mudança da conceção de saúde para uma visão mais alargada, onde o sujeito fosse contemplado na sua totalidade, onde “(...) ultrapassa de longe o domínio da medicina e faz cada vez mais apelo aos comportamentos individuais, familiares e sociais, englobando, nas suas ambições utópicas, todo o humano e as suas aspirações

mais profundas” Leandro (2001) citado por Henriques (2008, p. 3) citado em Bragança (2013).

A reabilitação na sua plenitude deve contemplar e permitir que o doente durante o processo de reabilitação expresse um conjunto significativo sentimentos, emoções e vivências singulares, deve estimular e otimizar a autonomia, restabelecer e fortalecer a auto estima e a auto confiança, reimplantar, revigorar a socialização e a reintegração do sujeito na sociedade, como cidadão ativo (Ferreira, 2013).

Liberman, (1992:74) por Ferreira (2013) “ (...) a reabilitação psicossocial procura ajudar os doentes a lidar com os problemas da sua vida diária, proporcionando-lhe oportunidades para um desempenho aceitável dos papéis sociais e das relações interpessoais com os outros, amortecendo *stressores* e tornando possível um conjunto de opções em relação ao trabalho e ao alojamento dos utentes”.

A reabilitação, deve assistir a pessoa como um todo, como um ser total, como pessoa e não como doente, a pessoa exposta a um processo de doença/ reabilitação, tem direito a viver uma existência completa enquanto pessoa, tem direito a ser incluída/ informada em todas as etapas da reabilitação, tem direito a ser bem tratado, incluído na sociedade enquanto cidadão ativo, trabalhando, mantendo as suas relações sociais. A reabilitação psicossocial comporta algumas estratégias de intervenção, tais como: “técnicas de motivação, para ajudar as pessoas a lidarem com o meio em vez de sucumbirem a este; valorização dos aspetos saudáveis dos indivíduos em vez da redução de sintomas; melhoria das habilidades da pessoa para fazer algo num meio específico até mesmo na presença de incapacidades residuais” (Ferreira, 2013).

A proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001) citado por Lussi, Pereira, & Junior, (2006), assenta num princípio crucial, destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as *deficiências* e os *danos* (...). A proposta da OMS, “Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica); Desabilitação (*desabilita*, limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); Deficiência (desvantagem, consequência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito) ”.

Neste sentido, e desmistificando o que já foi referido anteriormente, a reabilitação pode ser percebida como um conjunto de ações sequenciais, que se destinam a aumentar as habilidades do sujeito, na perspectiva de diminuir conseqüentemente as suas desabilitações e deficiência, aumentando a autonomia, capacitando o sujeito com ferramentas essenciais para enfrentar o percurso de recuperação, a título de exemplo a motivação que é essencial no processo de recuperação. Contudo também é essencial, durante o percurso de recuperação, perceber se o sujeito está reinserido na sociedade, caso haja isolamento, é crucial proceder à sua reinserção na sociedade, para que se perpetue uma efetiva reabilitação do sujeito. A rede social de apoio que o sujeito detém, pode constituir um grande elo de ligação à sociedade, podendo ser facilitadora da sua reinserção na sociedade; assistindo-o nas dificuldades sentidas, ou vivenciadas podendo ser mediadora na ampliação da rede social, auxiliando-o a encontrar novos parceiros.

A abordagem biopsicossocial apresentada por a OMS ultrapassa o modelo exclusivamente médico, enfatiza a importância dos fatores psicológicos e sociais como determinantes das doenças mentais. Contudo esta abordagem pode e deve ser englobada/ alargada às restantes doenças, como instrumento de recuperação/ reabilitação, com vista na melhoria da qualidade de vida dos doentes em geral (Lussi, Pereira, & Junior, 2006). A reabilitação psicossocial deve assentar numa intervenção individual e outra social, promovendo aprendizagens de competências individuais, sociais e relacionais, e deve fundamentar a criação de suportes sociais adequadas aos níveis de autonomia ou dependências dos doentes.

Saraceno, B. (1996) citado por Lussi, Pereira, & Junior (2006), o método de reabilitação compreende a “reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. Na mesma linha, a perspectiva de Pitta, citada pelos atores, adianta que a reabilitação deve facilitar ao sujeito com limitações o seu restabelecimento pleno e no melhor nível possível, contemplando a sua autonomia no que respeita às suas funções na comunidade.

Segundo Fontes (2004) citado por Domingues (2012), “o tecido social tem uma forte participação na construção do capital social dos sujeitos”, comportando componentes essenciais como “ número potencial de relações de ajuda ou apoio social, a extensão de

ajuda, que depende da intensidade da relação e os recursos que permitem o acesso às relações”.

Já se versou de uma maneira geral a reabilitação, alguns vínculos que o sujeito deve deter ao longo do processo de reabilitação e ao longo da vida. No entanto, ainda não se abordou na sua intensidade o conceito de relações. Caillé (2002) citado por Domingues (2012) nomeia dois tipos de vínculos, fortes e fracos. Os “laços fortes” apoiam-se na solidariedade e em recursos não facilmente mensuráveis, caracterizando-se como mais funcionais à mobilização de recursos. A principal característica é a intensidade dos contatos e a diminuta distância social que separa os atores sociais. Estes laços fortes são provindos de relações sociais que se localizam na esfera pessoal, a título de exemplo os laços de parentesco e de amizade. Os “laços fracos” situam-se na esfera pública, a sua principal característica é a mobilização de recursos localizados na esfera pública, formam camadas de capital social, cujos recursos tem um determinado fim, destinam-se a uma comunidade política, é o tipo peculiar dos métodos que estruturam a ação coletiva.

A rede de suporte social na visão de Sluzki (2006) citado por Domingues (2012) é composta por um grupo significativo de pessoas, “que alcançam do anonimato cada sujeito, tornando o único na sua experiência de ser e viver”. As redes informais (parentesco, vizinhança e comunidade) e as redes formais (instituições / organizações), a área social e da saúde constituem um elo de ligação no processo de reabilitação da pessoa que se encontra doente, sendo estas na sua plenitude o suporte do sujeito.

É importante mencionar um paradigma vivenciado atualmente na sociedade, tem-se vindo a assistir a uma progressiva diminuição dos membros da família e ao deslocamento das mesmas para outros territórios, os amigos e os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, sendo em muitos casos, um pilar central do sujeito, assumindo um papel preponderante na sua reabilitação, mobilizando-se em prol do mesmo, prestando-lhe o auxílio e apoio que necessita, passado assim a assumirem um papel ativo e crucial na vida do sujeito, refletindo-se positivamente e de um modo geral na sua recuperação/ reabilitação.



## II. METODOLOGIA

### 1. Metodologia

Na realização deste estudo optou-se pelo desenho descritivo, transversal, observacional, analítico, numa abordagem quantitativa. Segundo Fortin (2000), os estudos descritivos pretendem conhecer características de uma determinada população, salientando-se a descrição e análise do discurso dos sujeitos, recorrendo-se a aplicação de questionários, a entrevista é um instrumento privilegiado nos estudos exploratórios e descritivos. Nos estudos transversais todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos, neste sentido a recolha dos dados foi feita num determinado momento para cada indivíduo, sem seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2011). A variável dependente em estudo é a qualidade de vida dos utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados.

As variáveis independentes que se pretende identificar neste estudo referem-se às variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional). A amostra deste estudo serão indivíduos internados nas Unidades de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela.

#### 1.1 Objetivos do Estudo

Neste sentido, consideram-se os seguintes objetivos:

- ✦ Conhecer o perfil sociodemográfico dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela;
- ✦ Analisar o nível da qualidade de vida dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela.

Objetivo específico:

- ✦ Compreender como os utentes das Unidades de Cuidados Continuados percecionam a Qualidade de Vida, nos diferentes domínios.

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20, para análise descritiva e correlacional das variáveis, recorrendo a frequências relativas e absolutas, média, desvio padrão, mínimo e máximo.

A consistência interna dos vários domínios da escala WHOQOL-Bref foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach, cuja variação é entre zero e um, sendo que valores inferiores a 0,6 traduzem uma consistência inadmissível, entre 0,6 e 0,7 fraca, entre 0,7 e 0,8 razoável, 0,8 a 0,9 boa e valores superiores a 0,9 traduzem uma consistência muito boa da escala.

Para comparar os resultados obtidos em cada domínio da escala WHOQOL-BREF e também no índice de Barthel entre as duas unidades de cuidados continuados, recorreremos ao teste paramétrico de T-Student. O nível de significância adotado foi de 5%, e se o valor de prova de cada teste for inferior ao nível de significância então pode afirmar-se que há diferenças entre as duas UCC.

Para testar em cada UCC se há diferenças atendendo às variáveis sociodemográficas, nomeadamente, sexo, faixa etária, nível de escolaridade e estado civil todas operacionalizadas em dois grupos independentes, recorreremos ao teste de Mann-Whitney, tendo-se fixado um nível de significância de 5%. E para valores de prova inferiores a 5% conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

## 1.2 Considerações Éticas

Os aspetos éticos foram salvaguardados conforme Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial [versão de Outubro de 2013])<sup>1</sup>, sendo que todos os dados colhidos e observados durante este estudo foram tratados de forma confidencial; a informação colhida durante o preenchimento do formulário será codificada, sendo a original conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Em anexo

---

<sup>1</sup> “Adotada pela 18.<sup>a</sup> Assembleia Geral da AMM, Helsínquia, Finlândia, junho 1964, e corrigida pela 29.<sup>a</sup> AG da AMM, Tóquio, Japão, outubro 1975, pela 35.<sup>a</sup> AG da AMM, Veneza, Itália, outubro 1983, pela 41.<sup>a</sup> AG da AMM, Hong Kong, setembro 1989, pela 48.<sup>a</sup> AG da AMM, Somerset West, República da África do Sul, outubro 1996, pela 52.<sup>a</sup> AG da AMM, Edimburgo, Escócia, outubro 2000, pela 53.<sup>a</sup> AG da AMM, Washington 2002 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 29), pela 55.<sup>a</sup> AG da AMM, Tóquio 2004 (acrescentado esclarecimento ao parágrafo 30), pela 59.<sup>a</sup> AG da AMM, Seul, Coreia, outubro 2008 e 64.<sup>a</sup> AG da AMM, Fortaleza, Brasil, outubro 2013”. Obtido: dia 17 de Outubro de 2015, em <http://www.esscvp.eu/wordpress/wpcontent/uploads/2015/06/Declara%C3%A7%C3%A3odeHels%C3%ADnquiadaAssocia%C3%A7%C3%A3oM%C3%A9dicaMundial.pdf>

encontra-se o formulário; a Declaração de Consentimento Informado para a participação dos indivíduos no estudo.

## 2. Instrumentos e recolha de dados

### 2.1 Questionário WHOQOL-Bref e Índice de Barthel

Neste sentido a recolha de dados foi feita com recurso a um questionário o WHOQOL – Bref, desenvolvido por (WHOQOL Group, 1994, World Health Organization Quality of Life Group) e validado para Portugal por (Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes, 2006).

O questionário WHOQOL-Bref é constituído por duas partes distintas, a primeira parte reserva-se à caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, é composta por 7 questões, nas quais 2 são questões abertas e 5 fechadas. A segunda parte do questionário é constituída pela Escala de Avaliação da Qualidade de Vida, composta por 26 questões. O primeiro domínio refere-se à qualidade de vida de um modo geral e apresenta um item sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. Os 24 itens restantes estão divididos pelos domínios físico, com 7 itens, psicológico, com 6 itens, social, com 3 itens e meio ambiente com 8 itens, como se apresenta na tabela 1.

**Tabela 1. Domínios da Escala WHOQOL-Bref**

Domínio	Itens	Pontuação normal	Pontuação normalizada
Qualidade de vida em geral	1 e 2	2-10	0-100
Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	7-35	0-100
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19, 26	6-30	0-100
Relações sociais	20, 21, 22	3-15	0-100
Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8-40	0-100

As respostas de cada entrevistado designam a sua concordância ou discordância, avaliadas em pontuações de 1 a 5, através da escala Likert. Três itens, nos vários domínios são avaliadas de forma invertida, sendo recodificadas antes da cotação do instrumento, para que os dados sejam fidedignos.

Para aplicação do WHOQOL-Bref, procedeu-se ao pedido de autorização do mesmo aos autores, o qual foi deferido. Também se pediu autorização, ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Bragança e ao Provedor da Santa Casa Mirandela, para a recolha de dados, junto aos clientes internados nas Unidades de Cuidados Continuados, os quais foram devidamente autorizadas. Na Unidade de Cuidados Continuados de Mirandela as entrevistas decorreram nos dias 15 de Junho e 13 de Outubro de 2015, enquanto que na UCC de Bragança se realizaram no dia 28 de Setembro do mesmo ano).

Também se procedeu à utilização do Índice Barthel, individualmente, como recurso de avaliação funcional. O Índice de Barthel é o instrumento mais utilizado para a avaliação da capacidade funcional e limitação na realização das atividades de vida diárias, nomeadamente: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965 citado em Sequeira, 2007). Da sua composição fazem parte 10 itens, com pontuações que variam entre 0 a 15 pontos: os itens relativos à tolete e tomar banho são pontuados com 0 ou 5 pontos; os itens relativos à alimentação, utilização de wc, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e urinário são pontuados de 0 a 15 pontos, e, os restantes itens (transferências e mobilidade) são pontuados de 0 a 15 pontos. A pontuação da escala varia de 0 a 100 pontos, com intervalos de 5 pontos. Conforme a pontuação final, caracteriza-se o doente em: Autónomo, se obtiver 100 pontos; Dependente Leve > 60 pontos; Dependente Moderado > 40 e ≤ 60 pontos; Dependente Grave ≥ 20 e ≤ 40 pontos; Dependente Total < 20 pontos. “O Índice de Barthel apresenta boas propriedades psicométricas e níveis de fiabilidade elevado, para além do seu uso generalizado em estudos sobre a dependência e capacidade funcional, e estar bem testado para a população portuguesa (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007 citado por Barata, 2012) ”.

Os questionários foram preenchidos pela investigadora do estudo, devido ao estado clínico dos clientes, em que se procedeu ao registo da opção de resposta dada a cada pergunta, por cada cliente. Também se procedeu a este método para que o estudo fosse fidedigno, na medida em que a investigadora procedeu ao relato de cada pergunta e ao mesmo tempo verificava se o cliente tinha entendido a pergunta efetuada.

### **3. Seleção da amostra e critérios de Inclusão**

Clarles, (1998, p.145) citado em Coutinho (2011, p. 85), “ uma amostra é um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram”. O universo deste estudo são os indivíduos internados nas Unidades de Cuidados Continuados, a amostra são os indivíduos entrevistados. A amostra é não probabilística de conveniência, segundo Coutinho (2011, p. 90),” a amostra é não probabilística de conveniência se não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencente a uma dada população”, a amostragem por conveniência, destina-se a grupos intatos já constituídos, “os resultados obtidos nestes estudos dificilmente podem ser generalizados para além do grupo em estudo”.

Neste sentido delineou-se como critério de inclusão; a idade não sendo um fator eliminatório, como critério de exclusão; os indivíduos não apresentarem deterioração cognitiva no MMSE. Todos os indivíduos foram selecionados em colaboração com a psicóloga de cada Unidade, antes de serem entrevistados.

#### **3.1 Caraterização da Amostra**

A amostra deste estudo é constituída por 42 utentes das UCC de Bragança e Mirandela, estando repartidos de forma equitativa pelas duas unidades. Sendo que a população em Bragança é de 40 utentes e em Mirandela de 30 utentes. Em Bragança predominam utentes do género feminino (57,1%) e em Mirandela do género masculino (52,4%). Globalmente, a maioria dos utentes é do género feminino (52,4%).

O nível de escolaridade dos utentes é baixo, pois 33,3% não sabe ler nem escrever, 21,4% sabe ler e escrever mas não completou nenhum ano de ensino e 31% completou no máximo o 4.º ano de escolaridade. Por local esta tendência mantém-se, sendo que em Bragança o nível máximo de escolaridade é o 6.º ano, e em Mirandela é o 12º ano.

Quanto ao estado civil, a maioria dos utentes são casados (61,9%), há 11,9% de solteiros, 23,8% de viúvos e apenas um é divorciado. Estes resultados são apresentados na tabela 2.

**Tabela 2. Distribuição da amostra por local e globalmente no que concerne ao sexo, escolaridade e estado civil**

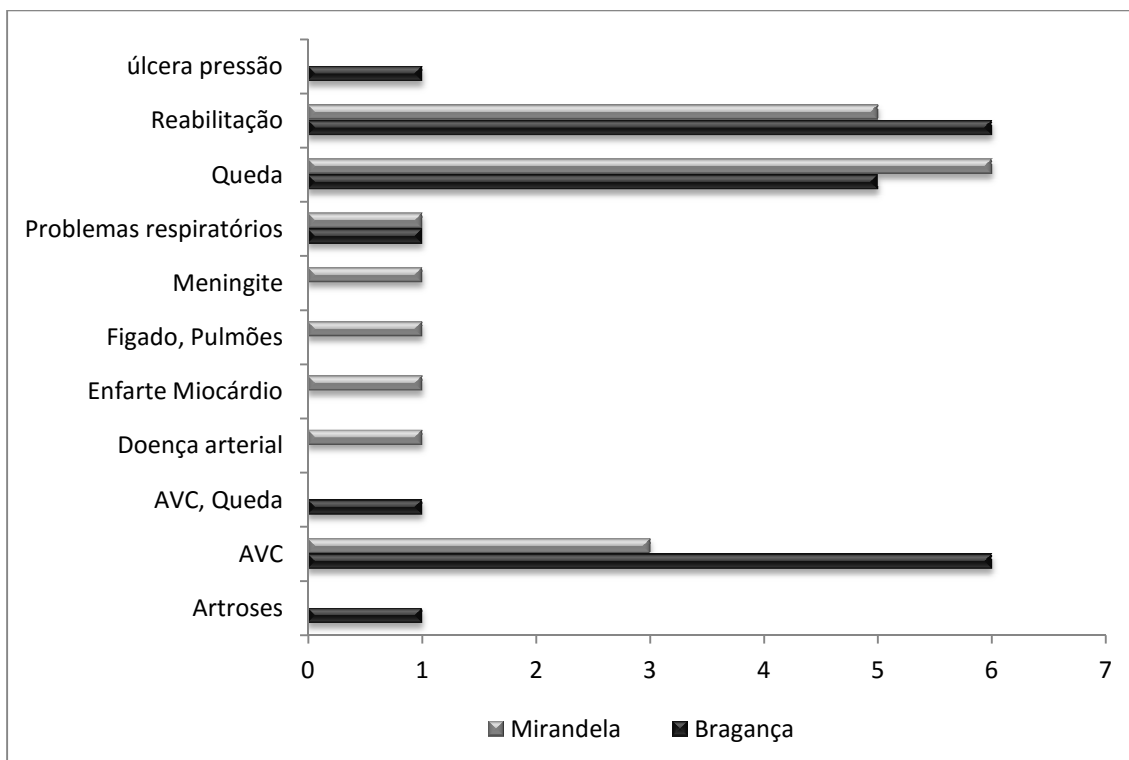
		Bragança (n=21)		Mirandela (n=21)		Global (n=42)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	9	42,9	11	52,4	20	47,6
	Feminino	12	57,1	10	47,6	22	52,4
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	7	33,3	7	33,3	14	33,3
	Sabe ler e escrever	3	14,3	6	28,6	9	21,4
	1º – 4º ano	10	47,6	3	14,3	13	31,0
	5º – 6º ano	1	4,8	3	14,3	4	9,5
	7º – 9º ano	0	0	1	4,8	1	2,4
	10º – 12º ano	0	0	1	4,8	1	2,4
Estado Civil	Solteiro	2	9,5	3	14,3	5	11,9
	Casado	13	61,9	13	61,9	26	61,9
	Divorciado	0	0	1	4,8	1	2,4
	Viúvo	6	28,6	4	19,0	10	23,8

Na tabela 3 apresentamos a variação da idade. Na amostra da UCC de Bragança, a idade dos utentes varia entre 31 a 98 anos sendo a média 72,19 anos e o desvio padrão 14,41 anos. Na amostra da UCC de Mirandela, a idade mínima observada é de 44 anos e a máxima 86 anos; a média é 69,86 anos e o desvio padrão é de 11,93 anos. Globalmente a média observada das idades é 71,02 anos e o desvio padrão é 13,12 anos.

**Tabela 3. Estatística descritiva para a variável idade de acordo com o local e globalmente**

		Bragança	Mirandela	Global
Idade	Mínimo	31	44	31
	Máximo	98	86	98
	Média	72,19	69,86	71,02
	Desvio padrão	14,41	11,93	13,12

Na figura 1 apresentamos para cada UCC o motivo de internamento dos utentes e, destacam-se as quedas, AVC's e a Reabilitação.



**Figura 1. Distribuição da amostra pelo local no que toca ao motivo de internamento na UCC**

O tempo de internamento, em meses, varia nos utentes da UCC de Bragança entre 1 e 12 meses, sendo a média cerca de 3 meses. Em Mirandela a variação obtida foi entre 1 e 11 meses, sendo a média 3,74 meses. Globalmente o tempo médio de internamento na amostra é 3,38 meses sendo o desvio padrão 2,90 meses. Estes resultados constam da tabela 4.

**Tabela 4. Estatística descritiva para a variável tempo de internamento de acordo com o local e globalmente**

		Bragança	Mirandela	Global
Tempo internamente (meses)	Mínimo	1	1	1
	Máximo	12	11	12
	Média	3,05	3,74	3,38
	Desvio padrão	2,93	2,90	2,90

## 4. Apresentação e análise dos resultados

### 4.1 Resultados obtidos após a aplicação da Escala WHOQOL-Bref, nas amostras em estudo

De seguida apresentam-se os resultados obtidos em termos de variação média e desvio padrão para cada domínio da Escala WHOQOL-Bref. Na tabela 5 consta a distribuição dos itens pelos vários domínios. De notar que os itens 3, 4 e 26 estão formulados na negativa e como tal devem ser reconvertidos. Assim, a pontuações mais elevadas corresponde uma melhor qualidade de vida, em geral e em cada domínio. Os resultados de cada domínio foram transformados para uma escala de 0 a 100 pontos de forma a facilitar a discussão de resultados.

A consistência interna da escala foi avaliada pelo alfa de Cronbach tendo-se registado um valor de 0,93 na amostra global o que traduz uma consistência interna muito boa da escala em uso. Na amostra da UCC de Bragança o alfa de Cronbach obtido foi de 0,89 e na amostra da UCC de Mirandela registou-se 0,95. Quer numa, quer na outra os valores traduzem uma boa a muito boa consistência interna.

No que toca à qualidade de vida em geral, o valor médio obtido na amostra da UCC de Bragança é igual ao obtido na amostra de Mirandela, ainda que a variação de Bragança seja entre 25% e 87,5% e em Mirandela entre 12,50% e 75%. O desvio padrão é mais elevado em Mirandela. De uma maneira geral os inquiridos não têm uma boa qualidade de vida pois a média é pouco superior a 50%. Estes resultados são apresentados na tabela 5. A consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach revelou-se fraca em Mirandela (0,65) e razoável em Bragança (0,74).

**Tabela 5. Distribuição das amostras em relação à qualidade de vida em geral**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	25	12,50
Máximo	87,5	75
Média	51,79	51,79
Desvio padrão	15,95	18,24
Alfa de Cronbach	0,74	0,65

No que concerne ao domínio físico, tabela 6, as pontuações variam na amostra da UCC de Bragança entre 7,14% e 71,43% sendo a média 37,59% e o desvio padrão 15,14%. E na amostra de Mirandela, a variação é entre 3,57% e 64,29%, tendo-se registado uma média de 32,31% com um desvio padrão de 18,64%. Assim, de uma maneira geral, os utentes inquiridos apresentam baixa qualidade de vida no que toca ao domínio físico, o que é perfeitamente normal, pois trata-se de indivíduos que estão internados em UCC. A consistência interna é boa quer nos utentes da UCC de Bragança quer em Mirandela.

**Tabela 6. Distribuição das amostras em relação ao domínio físico**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	7,14	3,57
Máximo	71,43	64,29
Média	37,59	32,31
Desvio padrão	15,14	18,64
Alfa de Cronbach	0,82	0,85

Na tabela 7 apresentamos os resultados obtidos para o domínio psicológico, cuja variação na amostra de Bragança é entre 45,83% e 79,17% sendo a média registada 58,33% e o desvio padrão 8,64%. E na amostra de Mirandela, o valor mínimo registado foi de 33,33% e o máximo 100%. Em termos médios o seu valor foi 62,10% e o desvio padrão que lhe está associado foi de 20,45%. Assim, em termos gerais, os utentes da UCC de Mirandela apresentam maior qualidade de vida em termos psicológicos, mas destaca-se o elevado desvio padrão obtido comparativamente ao registado nos utentes da UCC de Bragança. A consistência interna deste domínio revelou-se boa em Mirandela, mas em Bragança o valor obtido foi inferior a 0,6 e como tal é inadmissível.

**Tabela 7. Distribuição da amostra em relação ao domínio psicológico**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	45,83	33,33
Máximo	79,17	100
Média	58,33	62,10
Desvio padrão	8,64	20,45
Alfa de Cronbach	<0,6	0,89

Quanto à qualidade de vida no domínio das relações sociais, tabela 8, na amostra de Bragança registaram-se valores compreendidos entre 33,33% e 75%. A média registada foi de 52,8% e o desvio padrão 11,90%. Na amostra de Mirandela, obteve-se uma valor médio de 57,14% com um desvio padrão de 11,27% tendo-se registado valores entre 33,33% e 75%. Observa-se que os utentes das duas unidades de cuidados continuados apresentam valores muito semelhantes neste domínio da qualidade de vida. Os valores de Alfa de Cronbach obtidos são inferiores a 0,6 em ambas as UCC, pelo que são ambos inadmissíveis.

**Tabela 8. Distribuição das amostras em relação ao domínio relações sociais**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	33,33	33,33
Máximo	75	75
Média	52,38	57,14
Desvio padrão	10,59	11,27
Alfa de Cronbach	<0,6	<0,6

No domínio do ambiente o mínimo obtido foi 43,75% nas duas UCC. O valor máximo registado na amostra de Bragança foi de 78,13% e na amostra de Mirandela 81,25%. A média amostral obtida na amostra de Bragança foi 60,41% e o desvio padrão 9,60%, e na amostra de Mirandela, registou-se uma média de 61,76% com um desvio padrão de 11,09% (tabela 9). Os alfas de Cronbach obtidos permitem-nos concluir que a consistência deste domínio é razoável nas duas UCC.

**Tabela 9. Distribuição das amostras em relação ao domínio ambiente**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	43,75	43,75
Máximo	78,13	81,25
Média	60,41	61,76
Desvio padrão	9,60	11,09
Alfa de Cronbach	0,74	0,75

Na tabela 10 apresentamos os valores médios obtidos em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref por UCC. Como os resultados são apresentados em percentagem, podemos compará-los entre si. De um modo geral, os utentes das UCC apresentam valores de qualidade de vida em cada domínio relativamente baixos, pois as médias percentuais estão compreendidas entre 50% e 60% com exceção do domínio físico, cuja média é 37,59% na amostra de Bragança e 32,31% na amostra de Mirandela.

Para comparar estas médias entre as duas UCC, recorremos ao teste paramétrico de T-Student. Este teste tem como pressupostos a normalidade das amostras em estudo e a homogeneidade das variâncias. O primeiro foi testado recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk pois trata-se de amostras de pequena dimensão, tendo-se obtido valores de prova todos superiores a 5%. O teste de Levene permitiu-nos testar a igualdade de variâncias e, uma vez mais, todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5%. Os resultados destes testes são aqui referenciados mas não são apresentados.

Os valores de prova obtidos nos testes T-Student são todos superiores a 5%, pelo que não há diferenças entre as duas UCC em nenhum dos domínios da qualidade de vida.

**Tabela 10. Comparação dos valores médios obtidos nos domínios da escala WHOQOL-bref nos utentes das UCC**

Domínio	Bragança	Mirandela	ET (vp)
Qualidade de vida em geral	51,79	51,79	$t = 0,000$ ( $vp \approx 1$ )
Físico	37,59	32,31	$t = 1,006$ ( $vp = 0,320$ )
Psicológico	58,33	62,10	$t = -0,778$ ( $vp = 0,441$ )
Relações sociais	52,38	57,14	$t = -1,411$ ( $vp = 0,166$ )
Ambiente	60,41	61,76	$t = -0,418$ ( $vp = 0,678$ )

#### **4.2 Resultados obtidos após a aplicação do índice de Barthel nas amostras em estudo nas UCC.**

Na tabela 11 apresentamos os resultados obtidos no índice de Barthel pelas duas amostras. Na amostra de Bragança registou-se uma variação entre 10 e 100 pontos, sendo a média 51,67 pontos e o desvio padrão 31,56 pontos. Na amostra de Mirandela, a variação foi entre 0 e 100 pontos, sendo a média 45 pontos e o desvio padrão 34,53 pontos.

**Tabela 11. Variação do índice de Barthel, média e desvio padrão nas duas UCC**

	Bragança	Mirandela
Mínimo	10	0
Máximo	100	100
Média	51,67	45
Desvio padrão	31,56	34,53

Quanto à classificação por categorias de dependência, tabela 12, registaram-se 8 indivíduos autónomos sendo 4 de cada UCC. Há cinco utentes ligeiramente dependentes sendo 3 da UCC de Bragança e 2 da UCC de Mirandela. Como moderadamente dependentes foram classificados 11 utentes, sendo 5 da UCC de Bragança e os restantes da UCC de Mirandela; severamente dependentes 7 utentes, apenas dois de Mirandela. E, na amostra global há 11 utentes totalmente dependentes, dos quais 7 da são da UCC de Mirandela.

**Tabela 12. Distribuição das duas amostras pelas categorias do índice de Barthel**

	Bragança	Mirandela
Autónomo (90-100)	4	4
Dependente leve (60-89)	3	2
Dependente moderado (40-60)	5	6
Dependente grave (20-39)	5	2
Dependente total (0-19)	4	7

### **4.3 Relações entre os domínios da escala WHOQOL-Bref e as variáveis sociodemográficas**

Procederemos de seguida à comparação dos resultados obtidos nas duas UCC nos vários domínios da escala WHOQOL-Bref de acordo com as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade e estado civil. Para a execução de testes estatísticos operacionalizamos a variável idade em duas categorias, menos de 65 anos e 65 ou mais anos; a variável estado civil foi operacionalizada em dois grupos: solteiro, viúvo ou divorciado e os casados. A variável escolaridade foi operacionalizada em dois grupos: não frequentou a escola que engloba os utentes que não sabem ler nem escrever e os que

sabem ler e escrever mas não concluíram nenhum nível escolar, e os que frequentaram e concluíram pelo menos um ano de escolaridade. Como todas as variáveis estão divididas em dois grupos independentes o teste mais adequado para os comparar é o de Mann-Whitney, pois trata-se de amostras pequenas nas quais não se validou o pressuposto da normalidade.

#### 4.3.1 UCC Bragança

Na tabela 13 apresentamos a média e respetivo desvio padrão por sexo dos utentes da UCC de Bragança, assim como a estatística do teste e o respetivo valor de prova.

Todos os valores de prova obtidos são superiores a 5% pelo que não há diferenças significativas entre os dois grupos em nenhum dos domínios da escala WHOQOL-Bref.

**Tabela 13. Comparação por sexo dos domínios da escala WHOQOL-BREF nos utentes da UCC de Bragança**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Masculino	51,17 (21,65)	42,86 (17,86)	58,33 (9,99)	52,78 (11,02)	62,85 (10,18)
Feminino	50,00 (10,66)	33,63 (12,03)	58,33 (7,95)	52,08 (10,73)	58,59 (9,15)
ET	51,00	44,00	49,00	50,50	40,50
Vp	0,825	0,474	0,718	0,797	0,334

Quanto às comparações entre as duas faixas etárias, tabela 14, todos os valores de prova são superiores a 5%, pelo que não há diferenças estatisticamente significativas entre elas.

**Tabela 14. Comparação por faixa etária dos domínios da escala WHOQOL-Bref nos utentes da UCC de Bragança**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
< 65 anos	57,14 (18,90)	45,92 (16,81)	61,90 (10,60)	54,76 (13,49)	61,16 (10,80)
>=65 anos	49,11 (14,26)	33,42 (12,89)	56,55 (7,26)	51,19 (9,16)	60,04 (9,35)
ET	39,00	28,50	33,50	41,50	47,00
Vp	0,439	0,124	0,240	0,563	0,880

Na tabela 15 apresentamos os resultados obtidos no que toca ao nível de escolaridade. Mais uma vez, todos os valores de prova são superiores a 5% pelo que não há diferenças significativas entre os dois grupos.

**Tabela 15. Comparação por nível de escolaridade dos domínios da escala WHOQOL-Bref na UCC de Bragança**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Não concluiu nenhum ano	55,00 (13,44)	40,00 (13,55)	58,33 (10,39)	50,00 (8,78)	60,00 (11,39)
Pelo menos o 1.º ano	48,86 (18,07)	35,39 (16,79)	58,33 (7,22)	54,55 (12,00)	60,80 (8,19)
ET	42,00	43,00	52,50	43,50	51,50
Vp	0,343	0,395	0,858	0,403	0,804

Por último, apresentamos os resultados em função do estado civil. Aqui, obtivemos diferenças estatisticamente significativas nos domínios qualidade de vida em geral, e físico pois ambos os valores de prova são inferiores a 5%. Em qualquer um destes domínios destaca-se que os casados apresentam pior qualidade de vida. Estes resultados constam da tabela 16.

**Tabela 16. Comparação por estado civil dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Bragança**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Solteiro, viúvo ou divorciado	62,50 (14,94)	48,66 (14,40)	62,50 (9,96)	52,08 (8,63)	62,89 (10,35)
Casado	45,19 (13,05)	30,77 (11,34)	55,77 (6,92)	52,56 (11,97)	58,89 (9,18)
ET	21,50	16,50	29,50	49,50	39,50
Vp	0,022*	0,010*	0,098	0,852	0,362

#### 4.3.2 Resultados obtidos na amostra da UCC de Mirandela

Na tabela 17 apresentamos os resultados em função do sexo na UCC de Mirandela. Observa-se que todos os valores de prova são superiores a 5% pelo que não há diferenças em nenhum dos domínios atendendo ao género.

**Tabela 17. Comparação por sexo dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Masculino	48,86 (20,50)	37,01 (20,84)	62,12 (23,90)	54,55 (12,56)	63,35 (12,43)
Feminino	55,00 (15,81)	27,14 (15,26)	62,08 (17,17)	60,00 (9,46)	60,00 (9,75)
ET	44,50	39,50	55,00	42,00	44,00
Vp	0,447	0,273	0,999	0,346	0,434

Quanto à idade, tabela 18, há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente pois todos os valores de prova são inferiores a 5%. E, em todos eles, os indivíduos com menos de 65 apresentam maior qualidade de vida.

**Tabela 18. Comparação por faixa etária dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Menos de 65 anos	56,25 (16,14)	50,00 (11,29)	83,33 (5,89)	70,83 (8,33)	71,88 (5,71)
65 ou mais anos	50,74 (19,00)	28,15 (17,72)	57,11 (19,42)	53,92 (9,37)	59,38 (10,77)
ET	29,00	11,50	6,00	6,00	11,00
Vp	0,645	0,043*	0,012*	0,010*	0,038*

No que concerne ao nível de escolaridade, registaram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios com exceção da qualidade de vida em geral. E, os utentes da UCC de Mirandela que concluíram pelo menos um ano de escolaridade apresentam melhor qualidade de vida. Estes resultados constam da tabela 19.

**Tabela 19. Comparação por nível de escolaridade dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Não concluiu nenhum ano	51,92 (18,99)	24,18 (15,71)	55,77 (20,02)	53,21 (8,70)	57,21 (9,75)
Pelo menos o 1.º ano	51,56 (18,22)	45,54 (15,71)	72,40 (17,67)	63,54 (12,55)	69,14 (9,37)
ET	49,50	18,00	24,00	25,50	17,50
Vp	0,852	0,013*	0,041*	0,048*	0,012*

Por último, as comparações entre os estados civis permitem concluir que não há diferenças significativas entre eles, pois todos os valores de prova são superiores a 5%, como se observa na tabela 20.

**Tabela 20. Comparação por estado civil dos domínios da escala WHOQOL-Bref na amostra da UCC de Mirandela**

	Qualidade de vida em geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Solteiro, viúvo ou divorciado	46,43(23,62)	29,59 (21,60)	60,71 (23,31)	54,76 (14,32)	60,71 (13,72)
Casado	54,46 (15,20)	33,67 (17,70)	62,80 (19,78)	58,33 (9,81)	62,28 (10,07)
ET	38,50	41,50	44,00	42,50	42,50
Vp	0,420	0,575	0,707	0,618	0,624

Na tabela 21 apresenta-se para a amostra global e para cada amostra das UCC, os vários domínios da escala WHOQOL-Bref e os itens que os constituem, a sua média, desvio padrão, correlação com o total do domínio, alfa de Cronbach por item se ele for eliminado e o alfa de Cronbach de cada domínio. Destaca-se em primeiro lugar que o alfa de Cronbach obtido no domínio Psicológico e Social é bastante baixo, sendo inferior a 0,6 o que traduz uma consistência interna inadmissível. O primeiro observa-se apenas na amostra da UCC de Bragança, mas no domínio social verifica-se nas duas amostras e globalmente. Os restantes alfas de Cronbach variam entre 0,65 e 0,85 que traduz consistências fracas a boas.

**Tabela 21. Caracterização da amostra global e por UCC em cada domínio: item a item, em termos de média, desvio padrão, correlação com o domínio, alfa de Cronbach por item no caso de ser eliminado e alfa de Cronbach por domínio**

	Bragança					Mirandela					Amostra global				
	M	dp <sup>1</sup>	$\rho^2$	$\alpha^3$	$\alpha^4$	M	dp <sup>1</sup>	$\rho^2$	$\alpha^3$	$\alpha^4$	M	dp <sup>1</sup>	$\rho^2$	$\alpha^3$	$\alpha^4$
<b>Qualidade de vida em geral</b>															
Como classifica a sua qualidade de vida	3,14	0,73	0,58			3,38	0,81	0,48			3,26	0,77	0,24		
Está satisfeito com a sua saúde	3,00	0,71	0,58		0,74	2,76	0,89	0,48		0,65	2,88	0,80	0,24		0,66
<b>Domínio Físico – 7 itens</b>															
Atualmente uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer	2,86	1,11	0,67	0,73		2,57	1,12	0,30	0,88		2,71	1,11	0,47	0,84	
Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana	2,00	0,32	0,63	0,82		1,95	0,59	0,43	0,85		1,98	0,47	0,48	0,84	
Tem energia suficiente na sua vida quotidiana	2,67	0,86	0,76	0,71		2,52	1,12	0,72	0,81		2,60	0,99	0,73	0,80	
Como classifica a sua capacidade para se deslocar sozinho	2,52	0,81	0,73	0,72	0,82	2,19	0,93	0,74	0,81	0,85	2,36	0,88	0,73	0,80	0,84
Está satisfeito com o seu sono	3,10	1,26	0,43	0,80		3,24	1,18	0,67	0,82		3,17	1,21	0,56	0,83	
Está satisfeito com a sua capacidade para realizar as atividades quotidianas	2,52	0,87	0,74	0,72		2,00	1,30	0,77	0,80		2,26	1,13	0,75	0,79	
Está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar/realizar as atividades	1,86	0,48	0,24	0,80		1,57	0,75	0,82	0,81		1,71	0,64	0,61	0,82	
<b>Domínio Psicológico – 6 itens</b>															
Tema impressão de gozar a vida	3,67	0,58	0,20	0,33		3,76	0,77	0,73	0,87		3,71	0,67	0,59	0,78	
Acha que a sua vida faz sentido	3,48	0,51	0,19	0,34		3,52	0,98	0,78	0,85		3,50	0,77	0,66	0,76	
É capaz de se concentrar	3,57	0,75	0,10	0,39		3,71	1,06	0,72	0,86		3,64	0,91	0,56	0,78	
Aceita o seu aspeto físico	3,43	0,75	0,50	0,09	0,38	3,29	1,06	0,60	0,88	0,89	3,36	0,91	0,54	0,78	0,81
Está satisfeito de si próprio	3,00	0,71	0,37	0,20		3,29	0,96	0,73	0,86		3,14	0,84	0,63	0,76	
Sente frequentemente sentimentos negativos, desespero, ansiedade ou depressão	2,86	0,85	-0,13	0,56		3,33	1,28	0,70	0,87		3,10	1,10	0,49	0,81	
<b>Domínio Social – 3 itens</b>															
Está satisfeito com as suas relações pessoais	3,67	0,58	0,30	0,12		4,10	0,63	0,27	0,31		3,88	0,63	0,29	0,11	
Está satisfeito com a sua vida sexual	1,57	0,60	-0,04	0,51	0,25	1,67	0,66	0,16	0,48	0,42	1,62	0,62	0,08	0,49	0,36
Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos	4,05	0,80	0,21	0,00		4,10	0,70	0,34	0,15		4,07	0,75	0,27	0,13	

Domínio Meio Ambiente – 8 itens														
Sente-se em segurança na sua vida quotidiana	3,67	0,58	0,57	0,69		4,05	0,59	0,54	0,71		3,86	0,61	0,52	0,65
Acha que o seu ambiente é saudável	3,71	0,56	0,66	0,67		3,76	0,63	0,53	0,71		3,74	0,59	0,59	0,64
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades	2,90	0,54	0,43	0,71		3,19	0,40	0,21	0,75		3,05	0,49	0,30	0,69
Tem as informações que necessita para fazer face à vida quotidiana	3,29	0,85	0,67	0,65	0,74	2,62	1,20	0,63	0,69	0,75	2,95	1,08	0,53	0,64
Tem possibilidade de ter atividades de lazer	2,90	0,77	0,16	0,77		2,38	0,92	0,73	0,65		2,64	0,88	0,39	0,67
Está satisfeito com o sítio onde vive	3,62	0,81	0,17	0,77		4,05	0,87	0,73	0,65		3,83	0,85	0,45	0,66
Está satisfeito com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários	3,95	0,50	0,56	0,69		4,62	0,49	0,15	0,76		4,29	0,60	0,25	0,70
Está satisfeito com os seus meios de transporte	3,29	0,46	0,53	0,70		3,10	0,44	-0,08	0,78		3,19	0,46	0,17	0,71

**Legenda: 1 – desvio padrão; 2 – correlação entre o item e o domínio; 3 – alfa de Cronbach do domínio se esse item for eliminado; 4 – alfa de Cronbach do domínio**

## 5. Discussão dos resultados

Atualmente, vários estudos têm sido feitos sobre a QdV, QdV e Saúde, QdV em diversas instituições de diferentes tipologias, contudo há uma inexistência de estudos sobre a qualidade de vida em utentes nas UCC. Para comparação dos resultados recorreu-se a estudos que tivessem essencialmente em foco a QdV e os mesmos instrumentos de recolha de dados e no que se refere à análise dos resultados, que estivessem analisados/transformados numa escala de 0 a 100 pontos.

A confrontação dos resultados é uma parte fundamental no desenvolvimento de qualquer trabalho científico, onde se confronta os resultados obtidos, com os resultados e opiniões de outros autores.

A amostra deste estudo é constituída por 42 utentes das UCC de Bragança e Mirandela, estando repartidos de forma equitativa pelas duas unidades. Na amostra de Bragança predominam utentes do género feminino (57,1%) e em Mirandela do género masculino (52,4%). Globalmente, a maioria dos utentes entrevistados são do género feminino (52,4%), contudo observando os dados do INE (2011), também se pode constatar um maior predomínio do número de mulheres face ao número de homens e essa preponderância é reforçada à medida que a idade avança. Segundo Neves (2014), estes resultados podem ser “ explicados pela sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres”.

Em Portugal, segundo o INE, a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos é, em 2011, é de 19%, sendo um valor que contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. Contudo o retrato social da sociedade portuguesa parece não melhorar, estimando-se que aumento da população idosa, com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central. Espera-se que em 2060, a população idosa poderá atingir 3 344 milhares no cenário alto e 2 729 milhares no cenário baixo. Segundo as Projeções do INE “O acréscimo mais acentuado da população idosa ocorre no cenário alto e resulta de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário. Em qualquer dos cenários, a tendência de aumento da população idosa inverte-se na vizinhança de 2050, quando entrarem nesta faixa etária as gerações nascidas já num

contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2014).

Na amostra da UCC de Bragança, a idade dos utentes varia entre 31 a 98 anos sendo a média 72,19 anos e o desvio padrão 14,41 anos. Na amostra de Mirandela, a idade mínima observada é de 44 anos e a máxima 86 anos; a média é 69,86 anos e o desvio padrão é de 11,93 anos. Globalmente a média observada das idades é 71,02 anos e o desvio padrão é 13,12 anos.

Observando os dados disponibilizados pelo INE (2011), pode-se constatar que o nível de instrução atingido pela população Portuguesa, progrediu de forma muito expressiva na última década. Nesses mesmos dados, também se pode verificar, que o nível de instrução da faixa etária, com idade igual ou superior a 65 anos é, ainda, muito baixo, tal como indicam os resultados obtidos. O nível de escolaridade dos utentes é baixo, pois 33,3% não sabem ler nem escrever, 21,4% sabem ler e escrever mas não completou nenhum ano de ensino e 31% completou no máximo o 4.º ano de escolaridade. Por local esta tendência mantém-se, sendo que na amostra de Bragança o nível máximo de escolaridade é o 6.º ano, e na amostra de Mirandela é o 12º ano. Observando os dados do INE (2011), a população com idade igual ou superior a 65 anos, o nível de escolaridade é muito baixo. Assim no estudo realizado por Neves (2011), este autor ressalta que segundo o INE (2011), o nível de instrução atingido pela população portuguesa aumentou progressivamente na última década, contudo os níveis de escolaridade continuam a ser muito baixos no que se refere à faixa etária igual ou superior 65 anos, conseqüentemente os resultados obtidos no seu estudo não são diferentes aos que foram relatados até agora. Pode-se então referir que os resultados obtidos e contrastados referentes ao nível de instrução são níveis de escolaridade muito baixos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos utentes são casados (61,9%), há 11,9% de solteiros, 23,8% de viúvos e apenas um é divorciado. O motivo de internamento dos utentes nas UCC são diversos, com maior realce destacam-se as quedas, AVC a Reabilitação, contudo pode-se reafirmar que todos os internamentos são válidos, pois vão de encontro ao objetivo principal da rede, que se rege pela prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (RNCCI, 2009).

Relativamente à amostra da UCC de Bragança, num comunicado ao jornal digital de Notícias do Nordeste, Susete Abrunhosa, a diretora técnica da UCC, declarou que já era possível traçar um perfil dos utentes internados na unidade. Referindo que “ atualmente, 98% dos utentes têm idade superior a 65 anos e a doença que mais internamento regista são os Acidentes Vasculares Cerebrais, com mais de 50% dos casos, depois, surgem as patologias relacionadas com o aparelho cardiovascular seguidas das quedas”. Relativamente ao género, a mesma refere que “ 53% dos utentes são do género feminino e 47% do género masculino”, também faz referência à residência dos mesmos, dizendo que a maioria dos utentes é do concelho de Bragança e de Vinhais (in. Informativo digital- Notícias do Nordeste, 2015). Os resultados divulgados pela diretora são relativamente parecidos com os apresentados, verificando-se algumas diferenças no que se refere ao motivo de internamento. Tais divergências que podem ser explicadas por a fato das respostas dadas pela população inquirida.

O tempo de internamento, em meses, varia na UCC (Unidade de média duração e reabilitação- UMDR e Unidade de longa duração e manutenção- ULDM) de Bragança entre 1 e 12 meses, sendo a média cerca de 3 meses. Em Mirandela a variação obtida foi entre 1 e 11 meses, sendo a média 3,74 meses. Globalmente o tempo médio de internamento na UCC é 3,38 meses sendo o desvio padrão 2,90 meses. Segundo o Guia Prático, estas valências preconizam uma duração média entre 30 e 90 dias seguidos, na unidade de média duração e reabilitação (UMDR) e na unidade de longa duração e manutenção (ULDM), internamentos de mais de 90 dias seguidos.

Analisando os resultados obtidos referentes à qualidade de vida em geral, o valor médio obtido na amostra da UCC de Bragança é igual ao obtido na amostra de Mirandela, ainda que a variação na amostra de Bragança seja entre 25% e 87,5% e na amostra de Mirandela entre 12,50% e 75%. O desvio padrão é mais elevado na amostra de Mirandela. De uma maneira geral os inquiridos não têm uma boa qualidade de vida pois a média é pouco superior a 50%. Estes resultados são apresentados na tabela 5. Os resultados obtidos são pouco satisfatórios, os utentes das duas unidades encontram-se debilitados e a enfrentar um processo de reabilitação, no que respeita à sua saúde e mobilidade. Pode-se, assim, referir que as pessoas sujeitas a tratamentos, não têm um boa QdV. Relativamente à prestação de cuidados e serviços, os utentes das duas Unidades manifestavam-se satisfeitos pelos serviços prestados pelas UCC, porém manifestavam vontade de estar no seu ambiente habitual.

Phillips, (2006 cit. por Feliz, J. 2012), refere que a QdV pode ser percebida ao nível individual, ou coletivo. A nível individual destacam a compreensão de doenças crónicas ou incapacidades vividas pelos sujeitos e a nível coletivo destacam-se o modo como vivem as populações. No estudo de Feliz, J. (2012), a QdV e o bem estar são conceitos importantes, para quem se encontra em situação de fragilidade, vulnerabilidade ou em situações incapacitantes, aplica-se ao estudo da saúde, principalmente, nas situações em que ocorrem mudanças nas condições físicas dos sujeitos (tratamentos oncológicos, cirurgias e reabilitação após AVC), sendo relevante para a medição dos resultados em saúde. A qualidade de vida, segundo a Feliz, J. (2012) está relacionada com os cuidados que permitem avaliar os cuidados prestados. Nas situações em que não haverá resultados significativos de tratamento de doenças, aplica-se a populações mais vulneráveis e que são consideradas dependentes de cuidados.

Segundo Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008, citado por Feliz, J 2012) “no processo de produção da QdV os recursos, como o número, qualificações do pessoal e a sua amabilidade, são combinados para produzirem quantidade (tipos e intensidade) e qualidade dos cuidados, com o objetivo de manter e melhorar o bem-estar, ou melhor a QdV do utente”. Contudo os resultados obtidos não são animadores, porque de uma maneira geral, os inquiridos não têm uma boa qualidade de vida pois a média é pouco superior a 50%. Estes resultados podem ser esclarecidos através do conceito proposto por Rapley (2003, cit. por Feliz, J. 2012), que considera que, recentemente, a QdV tem sido concebida e desenvolvida como um aspeto da subjetividade individual, ou seja, enquanto “Estado da Pessoa”. Este conceito terá surgido sob a influência de um novo paradigma de gestão pública, influenciado por governos, como o de Margaret Thatcher. Também é de salientar que as pessoas inquiridas referiam que se não estivessem doentes, tinham uma boa qualidade de vida, contudo mostravam-se satisfeitos com a prestação de cuidados prestados pelos profissionais de saúde das UCC. Tais resultados reflectiram-se no domínio físico e revelavam que os utentes apresentavam uma baixa qualidade de vida no que toca a esse domínio.

Segundo a World Health Organization (WHOQoL, 1995, cit. por Lobo, A. 2012),“ a capacidade de mobilização é um indicador do nível de saúde dos idosos e da sua qualidade de vida”. No envelhecimento ocorrem perdas progressivas, a nível biológico, social e emocional. No entanto Lobo, A. (2012), refere que no envelhecimento verifica-se uma progressiva deterioração da marcha, sendo múltiplos os fatores de risco que

podem cooperar para as quedas, sendo estas um problema de saúde pública. Nas duas UCC, como motivo de internamento destacam-se as quedas, AVC's e Reabilitação. A reabilitação surge numa fase posterior à doença, em que o utente teve uma queda, AVC, uma outra doença e para continuidade de cuidados, necessitou de usufruir dos cuidados da UCC.

Vaarama, Pieper e Sixsmith (2008), referem que os cuidados são fatores de QdV para os idosos com dependência, sendo uma resposta essencial à sua manutenção, suprimindo as necessidades básicas a título de exemplo, alimentação, medicação e higiene (Feliz, J. 2012). As UCC asseguram cuidados médicos diários, enfermagem permanente, fisioterapia e terapia ocupacional, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer, investem em cuidados profissionais de saúde e de serviço social, adaptadas às necessidades individuais. Sendo estes essenciais para a pessoa que se encontra em situação de dependência, preconizando cuidados essenciais naquela fase da vida, onde numa residência para idosos, ou até mesmo no seu próprio lar, talvez, não pudesse usufruir duma oferta especializada e variada no que respeita a cuidados de saúde e visando a promoção da qualidade de vida de cada utente e família/cuidador principal.

Neste sentido os resultados obtidos no domínio físico (tabela 6); as pontuações variam na amostra da UCC de Bragança entre 7,14% e 71,43% sendo a média 37,59 %, o desvio padrão 15,14%. Na amostra de Mirandela, a variação é entre 3,57% e 64,29%, tendo-se registado uma média de 32,31% com um desvio padrão de 18,64%. Assim, de uma maneira geral, os utentes das UCC apresentam baixa qualidade de vida no que toca ao domínio físico, o que é perfeitamente normal, pois trata-se de indivíduos que estão internados em UCC em fase de tratamentos e reabilitação. Muitos dos utentes internados nas duas UCC, necessitavam de ajuda de terceiros para a realização das suas atividades diárias, outros já conseguiam desempenhar tarefas mais simples e outras tarefas mais complexas. Este é um domínio importante devido ao que ele significa para as pessoas, pois mexe com a mobilidade e a perdas de funções, representando assim uma baixa QdV destes utentes. Também se pode verificar que muitos dos utentes, devido ao seu estado de fragilidade e também devido à reabilitação, tinham algumas dores, contudo sempre que abordados pela equipa de reabilitação, estes mostravam-se recetivos a todos os tratamentos colocados pelos técnicos. Ao longo da colheita de dados, pôde observar-se a preocupação dos utentes com as horas, colocando questões

como por exemplo: que horas são, será que está na hora da fisioterapia. Apesar das dores, pôde notar-se que os utentes continuavam a lutar para obterem uma melhor QdV. Relativamente a qualidade do sono, os utentes manifestavam-se satisfeitos.

Os resultados obtidos para o domínio psicológico (tabela7), cuja variação na amostra de Bragança é entre 45,83% e 79,17% sendo a média registada 58,33% e o desvio padrão 8,64%. Na amostra de Mirandela, o valor mínimo registado foi de 33,33% e o máximo 100%. Em termos médios o seu valor foi 62,10% e o desvio padrão que lhe está associado foi de 20,45%.

Considerando os resultados obtidos, em termos gerais, os utentes da UCC de Mirandela apresentavam melhor qualidade de vida em termos psicológicos. Contudo pode-se verificar um elevado desvio padrão na amostra da UCC de Mirandela, comparativamente ao registado em Bragança. Os utentes inquiridos encontravam-se aptos a responder às questões, conscientes dos seus atos, das suas patologias e da causa do seu internamento na Unidade. Quando questionados os utentes falavam sobre a sua patologia, no que lhe tinha acontecido, como lhe tinha acontecido e demonstravam-se motivados para a recuperação que tinham pela frente. Alguns deles, demonstraram-se um pouco tristes, por não poderem estar no seu ambiente habitual, contudo também tinham a perceção que ali tinham o que precisavam para uma recuperação de qualidade, e encaravam a recuperação como uma fase da vida, onde lutavam dia a dia. Também se percebeu que os utentes apesar da sua patologia gostam do seu aspeto físico, e da vida.

Quanto à qualidade de vida no domínio das relações sociais, tabela 8, nos utentes na amostra de Bragança registaram-se valores compreendidos entre 33,33% e 75%. A média registada foi de 52,8% e o desvio padrão 11,90%. Na amostra de Mirandela, obteve-se um valor médio de 57,14% com um desvio padrão de 11,27% tendo-se registado valores entre 33,33% e 75%. Observa-se que os utentes das duas unidades de cuidados continuados apresentam valores muito semelhantes neste domínio da qualidade de vida. Frise-se no domínio das relações sociais duas perguntas: Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações sociais? Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos? Os relatos que os utentes faziam quando questionados em relação às relações sociais e ao apoio dos amigos, referiam a maior parte deles, que família era o seu maior apoio, mais precisamente filhas (os), esposas

e/ou maridos, poucos tinham visitas de outros familiares e precisamente em relação aos laços de vizinhança/amigos, alguns deles tinham visitas. Também foi relatado por alguns utentes que antes de estarem doentes e de serem internados numa instituição de saúde e consecutivamente nas UCC, mantinham rotinas diárias, prestavam auxílio aos filhos e netos, ajudavam nos negócios da família, trabalhavam na terra, ou seja mantinham-se ativos. Quanto à relação utente/ profissional de saúde, todos eles demonstravam grande apreço pela equipa, mantinham boa comunicação, referenciavam que tinham cuidados de excelência, notavam que os profissionais desempenhavam as suas funções com zelo, mantinham uma relação de proximidade, relatos que fazem lembrar as características de uma relação de ajuda referenciadas por Phaneuf. M, (2005). O que atrás foi dito, parece contraditório ao que Osório & Pinto (2007) referem, e estes autores defendem que quando os idosos passam a auferir da reforma, são associados à perda da posição social, perda de papéis e desde logo a emancipação do emprego e consequentemente outras perdas vão-se associando ao longo do tempo. A reforma também está relacionada com a incapacidade nos exercícios de tarefas, incapacidade para trabalhar. Contudo só alguns deles é que mantinham as suas rotinas ativas, porque a maior parte vai de encontro ao que é exposto por vários autores, tais como Osório & Pinto (2007), Dias (1987, citdo Silva, M. 2011) que “refere que é importante focar os aspetos psicológicos inerentes a situações sociais e físicas que vão emergindo ao longo da vida. Designadamente quando se atinge a idade da reforma (variável de caso para caso) emerge um estado de insegurança e um sentimento de vulnerabilidade perante as dificuldades habituais da vida, entrando a pessoa idosa num ciclo vicioso: isolamento forçado - isolamento desejado - desconfiança em relação ao meio”.

Após uma aprofundada pesquisa de teses, artigos e outros documentos, pelos motores de busca científicos, achou-se pertinente focar a investigação de Silva, M (2011), cujo objetivo de estudo se circunscreveu na “perceção que os idosos institucionalizados em meio rural possuem acerca da sua qualidade de vida”, foram inquiridos 19 idosos, que viveram toda a vida na aldeia de Pinelo, exceto 1 que era oriundo duma freguesia do concelho. Todos estavam institucionalizados no Lar de Santa Eulália, em Pinelo, Vimioso, em que os resultados foram animadores, pois os idosos inquiridos percecionam a sua qualidade de vida como boa, fato justificado pelo autor do estudo atribuindo esses resultados à possibilidade dos inquiridos estarem no mesmo espaço geográfico onde viveram toda a a vida e no qual se identificam e onde as suas rotinas

podem ser mantidas num tempo parcial, fazendo atividades significativas para eles, como por exemplo visitar as suas propriedades, incluindo a casa, que como refere o autor do estudo, confere-lhe um sentimento de bem estar, refletindo-se nas respostas obtidas nos diferentes domínios da escala WHOQOL-BREF. É de realçar que estes resultados também se devem ao fato dos idosos se conhecerem uns aos outros, durante muito tempo e de terem estabelecido laços de amizade, de vizinhança, confiança e de se sentirem descontraídos uns com os outros, o que lhe facilita e possibilita uma melhor interação. A este aglomerado de emoções e situações, junta-se a boa prestação de serviços prestados por parte da instituição.

Durante a recolha de dados para esta investigação, achou-se importante observar a relação estabelecida entre utente/ profissional nas duas UCC, estas, manifestaram se num relacionamento em que o profissional de saúde procura promover no seu utente o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, a capacidade de enfrentar a vida (Rogers, 1984,citado por Phaneuf. M, 2005). É uma relação onde o “*estar com*”, “*estar presente*” (Abdelmalek & Gérard, 1995, p.76 citado por Phaneuf. M, 2005), a caracteriza.

Phaneuf. M, (2005), refere para uma relação de ajuda eficaz tem que se saber ouvir o outro, saber observar o outro nas suas imensas facetas, e saber refletir para, de forma sustentada, ajudá-lo na sua caminhada para a autonomia e bem-estar físico e psicológico. Relativamente à relação entre utentes, pode-se afirmar que entre os seus relatos observou-se, que se estabeleceram laços de amizade, entreajuda, cumplicidade, onde expunham memórias, tradições, situações passadas. O domínio das relações sociais, tem um impacto significativo no que respeita a QdV em utentes das UCC, pois a impossibilidade de mobilidade impede os utentes de manter por um período temporário, ou definitivo, dependendo do estado clínico de cada utente, a incapacidade na participação social, na mobilização de redes de proximidade e vizinhança, na autonomia para a tomada de decisões: Neste sentido as UCC, na medida do possível, tentam minimizar um aglomerados de situações, envolvendo pessoas significativas no tratamento, ajustando intervenções consideradas importantes, preconizando auxílio à família, preparando sempre o utente para o pós-alta da unidade.

Abraçando uma abordagem holística centrada no utente/ família, os cuidadores formais promovem a autonomia e competências no utente, contribuindo para o reforço das suas

relações sociais, que por sua vez, influenciam o bem-estar psicológico do utente/família Vaarama, Pieper & Sixsmith, (2008, citado por Feliz, J. 2012).

No domínio do ambiente o mínimo obtido foi 43,75% nas duas amostras das UCC. O valor máximo registado na amostra de Bragança foi de 78,13% e na amostra de Mirandela 81,25%. A média amostral obtida na amostra de Bragança foi 60,41% e o desvio padrão 9,60%, e na amostra de Mirandela, registou-se uma média de 61,76% com um desvio padrão de 11,09 % (tabela 9). Os alfas de Cronbach obtidos permitem-nos concluir que a consistência deste domínio é razoável nas duas UCC. Neste domínio os utentes manifestavam, de um modo geral, segurança, sentindo-se seguros para a realização dos tratamentos e reabilitação. O ambiente observado nas duas UCC é calmo, exprime tranquilidade, com boas condições sanitárias. Os edifícios são novos, sendo que a UCC de Mirandela se situa no 4º piso do Hospital Terra Quente, e a UCC de Bragança se situa num edifício independente, ao lado da Santa casa da Misericórdia. Do meu ponto de vista ambas as UCC encerram vantagens e desvantagens. A UCC de Bragança, permitindo um mais fácil acesso ao espaço exterior do edifício proporciona uma maior interação quer com os utentes residentes no lar contíguo quer com outras pessoas, o que lhe confere uma ambiente semelhante ao ao ambiente familiar. Já a UCC de Mirandela, porque situada no 4º piso de um Hospital, tem naturais limitações nesse específico campo da interação. Porém, outras vantagens se lhe reconhecem como o acesso fácil e rápido a um vasto leque de exames e tratamentos que só um meio hospitalar facultaria, situação, neste particular aspeto, bem diferente da verificada na UCC de Bragança, cuja deslocação, nestes casos, se torna inevitável, com os custos daí inerentes.

As duas UCC disponibilizam atividades de lazer aos seus utentes, contribuindo através delas para estimulação cognitiva aos utentes, proporcionando momentos de lazer e distração, os quais contribuem para a sua recuperação, capacitando-os de otimismo, satisfação com a vida, fazendo-os esquecer por instantes do estado de saúde em que se encontram. Todavia, alguns utentes referenciavam que as atividades eram insuficientes, mostrando que gostariam de mais intervenções socioeducativas. Os utentes relataram durante a entrevista, em vários momentos, a satisfação com os cuidados preconizados pelas duas UCC e com ambiente, embora tenham manifestado o gosto de voltarem o mais rápido possível ao seu ambiente habitual.

Os resultados obtidos na aplicação do índice de Barthel (tabela 11) nas duas amostras, são os seguintes: na amostra de Bragança registou-se uma variação entre 10 e 100 pontos, sendo a média 51,67 pontos e o desvio padrão 31,56 pontos. Na amostra de Mirandela, a variação foi entre 0 e 100 pontos, sendo a média 45 pontos e o desvio padrão 34,53 pontos. Quanto à classificação por categorias de dependência, registaram-se 8 indivíduos autónomos sendo 4 de cada UCC. Há cinco utentes ligeiramente dependentes sendo 3 da UCC de Bragança e 2 da UCC de Mirandela. Como moderadamente dependentes foram classificados 11 utentes, sendo 5 da UCC de Bragança e os restantes da UCC de Mirandela; severamente dependentes 7 utentes, apenas dois da UCC de Mirandela. E, na amostra global há 11 utentes totalmente dependentes, dos quais 7 são da UCC de Mirandela.

Os resultados obtidos após a aplicação do índice de Barthel e os resultados obtidos após a aplicação da Escala WHOQOL-BREF, mais precisamente no domínio físico, estão em consonância, pois os utentes estão debilitados no que respeita à sua autonomia, encontram-se dependentes nas atividades de vida diária e no que respeita a cuidados de saúde, só 4 utentes de cada UCC é que se encontram autónomos. De um modo geral, os utentes das UCC apresentam valores de qualidade de vida em cada domínio relativamente baixos, pois as médias percentuais estão compreendidas entre 50% e 60% com exceção do domínio físico, cuja média é 37,59% em Bragança e 32,31% em Mirandela. Como anteriormente referido, salientam-se, como resultados consideráveis, os utentes em processo de reabilitação, expostos a situações stressantes que se refletem na qualidade de vida da pessoa, e que se encontram traduzidos nos resultados obtidos nos diferentes domínios da escala WHOQOL-BREF.

## CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

“A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias” (Guia Prático- RNCCI, 2014). A prestação de cuidados da rede é de elevada qualidade, onde os cuidados são caracterizados como cuidados de excelência e onde se pretende que os indivíduos possam ter uma qualidade de vida alta, com parâmetros altos em todas as componentes bio-psico-social do indivíduo. O objetivo principal é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua QdV.

Avaliar a qualidade de vida em utentes internados nas unidades de cuidados continuados é uma mais valia, já que nos permite detetar as falhas nos serviços prestados, bem como apresentar dados importantes acerca do estado global dos utentes nas suas componentes biológicas, psicológicas, ambientais e sociais. Avaliar a qualidade de vida é um fator de extrema relevância para quem presta cuidados de saúde e apoio social.

Através da observação direta, pode-se detetar procedimentos diferentes nas unidades, que podem ser justificados pelo fato das unidades ainda se estarem a reajustar devido à sua recente implementação, pese embora prossigam os mesmos objetivos, quais sejam a continuada melhoria da prestação de serviços – saúde e apoio social quer ao utente quer à família. A título de exemplo, a UCC de Mirandela, presta formação ao cuidador Informal, para que quando chegar o momento da alta, possa promover os cuidados adequados no domicílio.

Desta análise resultou a necessidade de implementar/demonstrar algumas estratégias de intervenção, cuja concretização pode ser equacionada pelas duas Unidades, de que, entre outras, se recomendam:

- Promover um leque de palestras, tertúlias, mesas redondas, onde profissionais qualificados pudessem esclarecer os utentes da importância de alguns hábitos e a mudança de outros, tais como: importância do envelhecimento ativo, da atividade física

moderada e regular e as melhores formas de a praticar; estimulação cognitiva, gestão do sono-vigília; nutrição, alimentação, hidratação.

- Informação à pessoa idosa: deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas, assim como tecnologias e serviços disponíveis favorecendo a sua segurança e independência; prevenção de acidentes domésticos e de lazer; utilização em segurança dos transportes rodoviários;

Abordagem do final de vida; Abordagem do luto; Preparação para os cuidadores informais, sobre a pós-alta dos utentes. Na Unidade de Mirandela, antes do utente ter alta, prestam formação ao cuidador principal, para estes saberem como atuar no domicílio. Tudo isto poderia ser abordado através de palestras de sensibilização, Workshops, atividades lúdicas, exercícios de estimulação, entre outros métodos.

Conclui-se com esta investigação, que os utentes apresentam valores baixos de qualidade de vida em cada domínio elencado. Tais resultados podem ser explicados pelo estado de saúde em que cada utente se encontrava e pelas respostas dadas a cada pergunta dos instrumentos de recolha de dados. Frise-se que o ambiente e a prestação de cuidados, em ambas as UCC, são descritos pelos inquiridos como bons a muito bons, todos eles se mostrando satisfeitos. Os utentes também mencionaram que existem excelentes profissionais de saúde nas UCC, os quais encaminham e auxiliam os utentes na perspetiva de uma boa recuperação. A nível de cuidados de saúde e reabilitação, os utentes encontram-se satisfeitos com os cuidados prestados. No que respeita à comunicação e à relação proxémica, estas podem ser descritas como boas. Contudo acha-se pertinente reforçar a comunicação proxémica e o cuidar em humanidade, sendo ambas uma ferramenta importante no que respeita ao ato de cuidar.

Alguns utentes referiam que durante as “horas mortas” gostariam de ter um profissional que executasse atividades sócio educativas com eles, tais como pintar, ler um livro, jogar, recortar, ouvir música, acompanhar em pequenas caminhadas ou apenas manter uma simples conversa por algum tempo. Estas atividades são executadas nas duas UCC, apenas em dias pré-estabelecidos.

## BIBLIOGRAFIA

- Alacrão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Andolfi, M. (1981). *A terapia familiar*. Lisboa: Editorial Veja.
- Andrade, S. M. (2014). *Comunicação Centrada no Doente Crónico: Validação do Health Care Communication Questionnaire para a População Portuguesa*. Porto: Dissertação de Mestrado (Psicologia Clínica e da Saúde) Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2007; 41(4)). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Esc Enfermagem USP* .
- Augusto, B. M., Rodrigues, C. M., Rodrigues, C. J., Rodrigues, E. C., Oliveira, F. M., Simões, R. D., et al. (2002). *Cuidados Continuado - Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Edições Formasau.
- Barata, A. C. (2012). *Indicadores e Ganhos em Saúde: Grau de Dependência dos Utentes, desde a admissão até à alta de uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração*. Bragança: Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior de Miranda do Douro, apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados.
- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de Enfermagem - A perspectiva do enfermeiro*. Ponte de Lima: Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Unidade de ponta de Lima. Faculdade de Ciências da Saúde.
- Beckert, M., Irigaray, T., & Trentini, C. M. (Abril- Junho de 2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia-Campinas* 29(2) , pp. 155-162.

Bragança, O. d. (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Bragança : Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança.

Briga, S. C. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Porto: Dissertação de Mestrado (Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Buscaglia, L. (1997). *Os Deficientes e Seus Pais. Trad. Raquel Mendes. 3ª ed.* Rio de Janeiro: Editora Record.

Canavarro, M. (2010). Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Significados e Níveis de Análise. (1ª ed., pp.3-21)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, M. I. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lisboa: Edições Pactor.

Correia, F. (2011). Idosos: Manutenção no Domicílio e Educação Social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia* , pp. 16-21.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra : Almedina .

Decreto-lei. (nº 101/2006 de Junho de 2006).

Decreto-lei. (nº101/2006, 6 Junho «artigo 31º»).

Decreto-lei. (nº101/2006, 6 Junho «artigo 3º, alínea a»).

Dias de Carvalho, A., & Batista, I. (2004). *Educação Social: Fundamentos e estratégias, Volume I*. Porto: Porto Editora.

Dias, M. (2007-2008). *O desenvolvimento e a qualidade de vida no centro da agenda actual- duas realidades complementares*. Obtido em 10 de Novembro de 2014, de Docente da Universidade Católica e colaboradora na Escola Superior de Enfermagem em Viseu. *Gestão e Desenvolvimento*, 15-16(2007-2008),3-19:

[http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD15\\_16/gestaodesenvolvimento15\\_16\\_3.pdf](http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD15_16/gestaodesenvolvimento15_16_3.pdf)

Direcção Geral da Saúde, D. (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Circular Informativa da Direcção Geral da Saúde, nº 29/DSPCS.

Domingues, M. A. (2012). Mapa Mínimo de Relações do Idoso: Uma Ferramenta para Avaliar Rede de Suporte Social. In F. Perreira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 176-185). Viseu: PsicoSoma.

Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e da doença. Porque Vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto Editora.

Feliz, J. (6-7 de Dezembro de 2012). A relação entre a qualidade de vida dos idosos e os cuidados continuados - contributos para (re) pensar a dimensão social da Qualidade de Vida. *Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i- Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, .*

Ferreira, Z. G. (2013). *Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental de Evolução Prolongada –Estilos de Vida Saudáveis*. Setúbal: Trabalho de Projeto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de saúde .

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Cliemepsi Editores.

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação - Da Investigação à realização*. Loures: Lusociência.

Galvão, A., Gomes, M., & Pereira, F. (2012). “*Ética e Humanidade no Cuidado do idoso*”. In: *Pereira, F. - Teoria e Prática da Gerontologia*. Viseu: Psico&soma. P:81-92.

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea* . Porto: Edições Afrontamento.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade, Cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gomes, M. J., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia- Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 163-170). Viseu: PsicoSoma.

Guia Prático- RNCCI, I. d. (28 de Novembro de 2014). Obtido em 21 de Setembro de 2015, de [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt), consulte a Segurança Social Direta.

INE. (28 de Março de 2014). *Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente-2012-2060*. Obtido em 16 de Setembro de 2015, de <file:///C:/Users/Acer/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060.pdf>

Kaakinen, J. R., & Birenbaum, L. K. (2008). Enfermagem de Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População . In M. Stanhope, & J. Lancaste, *Promoção da Saúde em Populações Alvo ao Longo do Ciclo da Vida* (pp. 573-601). Loures: Lusodidacta.

Kawasaki K, D. M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal- parte I. *Rev Esc Enferm USP* , pp. 257-264.

Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Obtido em 26 de Outubro de 2013, de <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

Lessard-Hébert, M. (1996). *Pesquisa em educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lussi, I. A., Pereira, M. A., & Junior, A. P. (2006). A proposta de Reabilitação Psicossocial de Saraceno: Um Modelo de Auto-Organização. *Rev Latino-am Enfermagem* , ( mai-junho)448-456.

Marinho, G. d. (2013). *A relação entre enfermagem e familiares de pacientes hospitalizados: a visão de uma aluna* . Porto Alegre: Relatório de conclusão de curso (Enfermagem). Escola do Grupo Hospitalar Conceição- GHC.

Martins, M. (2002). *Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica: Uma Investigação no Adulto em Tratamento de Hemodiálise*. Porto: Dissertação de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Mota, D. (2014). A Enfermagem de Reabilitação e o papel da Família nesse processo. *Jornal da Madeira.7 Out* .

Mota, R. A., Martins, C. M., & Vêras, R. M. (Mai/Ago de 2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*. pp. Maringá, v. 11, n.2, 323-330.

Oliveira, I. (2011). *Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo*. Porto: Universidade Fernando Pessoa Faculdade. Faculdade de Ciências da Saúde.

Oliveira, M. K. (Mai/Ago de 2004). Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. *Educ.Pesqui*.vol 30 no.2 São Paulo. Educação e Pesquisa Print version ISSN 1517- 9702.

Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas- Contexto Social Intervrnção Educativa (Silva, S.; Martins, R)*. Instituto Piiaget. Lisboa: Obra original Las Personas Mayores: Tipografia Paredes.

Paschoal, S. (2006). Qualidade de vida na vilhice. In E.V. Freitas, L.Py, A.L. Neri, F.A.X. Cançado, M.L., Gorzoni ; S.M. Rocha (Ed). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma.

Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. cap 12. Gomes, M.J & Mata ,A*. Viseu: Psicosoma.

Pereira, H. R. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais! Dando voz (es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.

Peterson, a. a., & Carvalho, E. C. (Jul-Ago; 64(4) de 2011). Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem* .

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Phaneuf, M. (2007). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Obtido em Abril de 2014, de [http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O\\_conceito\\_de\\_humanidade\\_-\\_uma\\_aplicacao\\_aos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_gerais.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf)

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na família (2ª ed.)*. Coimbra: Quarteto.

Pontes, A. C., Leitão, I. M., & Ramos, I. C. (Maio-Jun; 61(3) de 2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* .

Radavelli, E., Demarchi, E., Vieira, G., Kohn, R., & Cyrino, L. (18 (4) 162-5 de out-dez de 2011). Pacientes em estado terminal: uma revisão de literatura. *Arq Ciênc Saúde*.

Ramos, A. L. (2013). *A relação entre o Assistente Social e a família do doente crónico numa UMDR/ULDM de cuidados continuados*. Lisboa: Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social. Instituto de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.

RNCCI., G. d. (2009). *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*. Guia da RNCCI.

Rocha, I. (2009). *Constituição da República Portuguesa*. Porto: Porto Editora.

Rossa, M. (2007). *A Pessoa em fim de vida - Vivências dos Enfermeiros*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Bióetica, Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa.

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (1 de Outubro de 2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Elsevier Doyma* .

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Serra, V. S. (2010). Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise. . In & A. In M. Canavarro, *Qualidade de vida e Saúde: Significados e Níveis de Análise* (pp. 23-39). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*. Porto: Porto Editora .
- Silva, A. (2011). *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado. Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa.Porto*. Obtido em 10 de Dezembro de 2014, de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T\\_18065.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf)
- Silva, D., Dias, G., Carvalho, C., & Araújo, C. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 16(1):127-138*.
- Silva, M. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança (ESE). Bragança*. Obtido em 8 de Setembro de 2015, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (Junho de 2011). *Humanidade, Ligação Interpessoal de Relação e Cuidado*, pp. 213-225.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Março de 2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. pp. 81-93.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Julho de 2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do métodos de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti. pp. 69-79.
- Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (Outubro de 2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. pp. 97-105.
- Tomaz, C., Brito-Melo, F., Pinheiro, L., & Costa, M. (2002). *Dar e receber na terceira idade*. Viana do castelo: Ofilito-Litográfica Lda, pp. 26-36.
- Tristão, D. (2012). *Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados numa Residência para Idosos na Galiza*. Bragança: Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo. Instituto Politécnico de Bragança.



# **ANEXOS**

# ANEXO I: ESCALA WHOQOL-BREF

## WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

**DADOS PESSOAIS****A1 Idade**  anos**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino**A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

**A5 Profissão** **A6.1 Freguesia** **A6.2 Concelho** **A6.3 Distrito** **A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não **B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO II: ÍNDICE DE BARTHEL

Os itens que se seguem permitem avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida. Para cada um dos itens principais, selecione a resposta (marcando um **X**) que melhor se adequa à sua situação.

<b>1. Alimentação</b>	
Independente	10
Precisa de ajuda (para cortar os alimentos ou necessita de dieta modificada)	5
Dependente	0
<b>2. Transferências</b>	
Independente	15
Precisa de alguma ajuda	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se	05
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
<b>3. Toilete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5
Dependente, necessita alguma ajuda	0
<b>4. Utilização do wc</b>	
Independente	10
Precisa alguma ajuda	5
Dependente	0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	0
<b>6. Mobilidade</b>	
Anda 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar produtos de apoio)	15
Anda menos de 50 metros, com ajuda de outra pessoa (física ou verbal)	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
Imóvel ou caminha menos de 50 metros	0
<b>7. Subir e descer escadas</b>	
Independente, com ou sem produtos de apoio	10
Precisa de ajuda	5
Dependente	0
<b>8. Vestir</b>	
Independente	10
Com ajuda	5
Impossível	0
<b>9. Controlo intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
Acidente ocasional (uma vez por semana)	5
Incontinente ou precisa do uso de clisteres	0
<b>10. Controlo urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
Acidente ocasional (máximo, uma vez por semana)	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0

## **ANEXO III: PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Protocolo de Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Eliana Andreia Diegues Pinheiro (Aluna da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança), orientada pela Professora Doutora Maria José Gomes, no âmbito da Dissertação de Mestrado de Cuidados Continuados subordinada ao tema “ A qualidade de vida dos utentes em unidades de Cuidados Continuados”.

Forma-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

- caracterizar os utentes da rede de Cuidados Continuados;
- determinar o nível da qualidade de vida dos utentes( idosos) da rede de Cuidados Continuados.

Também entendi os procedimentos deste estudo e tenho que responder voluntariamente aos instrumentos de recolha de dados administrados pela investigadora.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer consequência para mim. Colaborando no estudo, estou a possibilitar o avanço do conhecimento sobre esta área, no entanto, não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício direto ou indireto, somente pela minha participação no estudo.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, a menos que eu o autorize declaradamente por escrito.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2015

## **ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS EM BRAGANÇA**

Assunto: Pedido de autorização para a continuação da aplicação de questionários.

*Exmo. Sr.*

**Provedor(a) da Santa Casa da Misericórdia de Bragança**

Nome (s) Eliana Pinheiro, aluna do Mestrado em “**Cuidados Continuados**” da **Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB**, venho por este meio, comunicar a V. Exa o interesse em continuar a recolha de dados iniciados em Dezembro na Unidade de Cuidados de Bragança. O trabalho de investigação intitulado “**A qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados**” e que tem como objeto de estudo os utentes internados na organização que V. Exa dirige.

O referido trabalho - projeto é uma das componentes de avaliação do mestrado. A fim de viabilizar o referido estudo solicito-lhe a V. Exa se digne autorizar a aplicação do questionário (absolutamente confidencial e anónimo) aos utentes **da Santa Casa da Misericórdia de Bragança**. Para os devidos efeitos, junto se anexa os instrumentos de recolha de dados para apreciação de V. Exa.

Os dados retirados da primeira intervenção na Unidade foram bastantes satisfatórios, ao qual se depreende que a qualidade dos cuidados refletem na qualidade vida dos utentes.

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento-lhe os meus cumprimentos.

Peço deferimento,

A aluna, Eliana Pinheiro.

Bragança, 23 de Março de 2015.



Eliana Diegues  
Diretora Cuidados...

tese



22 de Setembro de 2015



Autorização\_St...ericórdia.docx  
20 K

Boa tarde Dr<sup>a</sup> Susete Coelho,

Na sequência da conversa que tivemos esta manhã, venho por este meio enviar-lhe o pedido de autorização para aplicação de questionários. O trabalho de investigação intitula-se "**A qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados**" e que tem como objeto de estudo os utentes internados na organização que V. Exa dirige.

Sem outro assunto, agradeço toda a sua disponibilidade e atenção.

Eliana Pinheiro



Susete Abrunhosa  
Eliana Diegues

tese



23 de Setembro de 2015



Bom dia,


autorizada a recolha de dados.

Pode iniciar basta enviar informação sobre calendarização.

Atentamente  
Susete Abrunhosa





 Eliana Diegues  
Diretora Cuidados...  
27 de Setembro de 2015

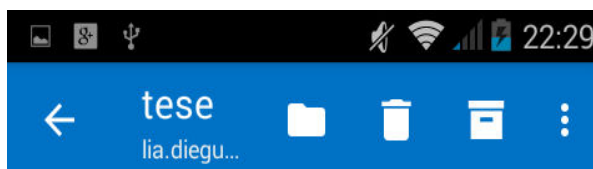
Boa noite, Dr<sup>a</sup> Susete Abrunhosa,

Se estiver de acordo posso começar a recolha de dados na Segunda -Feira, dia 28/09/15, ou terça, dia 29/09/15, por volta das 9h/ 9h:30.

Sem outro assunto, agradeço toda a sua disponibilidade e atenção.

Eliana Pinheiro

Saudações



Boa noite,

Pode iniciar quando quiser.  
Cumprimentos

No dia domingo, 27 de setembro de 2015, Eliana Diegues <[lia.diegues@hotmail.com](mailto:lia.diegues@hotmail.com)> escreveu:

Boa noite, Dr<sup>a</sup> Susete Abrunhosa,

Se estiver de acordo posso começar a recolha de dados na Segunda -Feira, dia 28/09/15, ou terça, dia 29/09/15, por volta das 9h/ 9h:30.

Sem outro assunto, agradeço toda a sua disponibilidade e atenção.

Eliana Pinheiro

Saudações



# ANEXO V: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS EM MIRANDELA

Autorizado  
A Direção Técnica,  
Raquel de Oliveira Alves  
Mirandela, 03 Junho 2015

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário

*Exmo.(a) Sr.(a)*

Nome (s) Eliana Pinheiro, aluna do Mestrado em “Cuidados Continuados” da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB, venho por este meio, comunicar a V. Exa o interesse em desenvolver um trabalho de investigação intitulado “A qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados” e que tem como objeto de estudo os utentes internados na organização que V. Exa dirige.

O referido trabalho - projeto é uma das componentes de avaliação do mestrado. A fim de viabilizar o referido estudo solicito a V. Exa se digne autorizar a aplicação do questionário (absolutamente confidencial e anónimo) aos utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Mirandela. Para os devidos efeitos, junto se anexa os instrumentos de recolha de dados para apreciação de V. Exa.

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento-lhe os meus cumprimentos.

Peço deferimento,

A aluna, Eliana Pinheiro.

Bragança, 23 de Março de 2015.

e. mail: lia.sieques@hotmail.com

telemóvel: 93 28 21441

n.º aluna: 26415

# ANEXO VI: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE ESCALA WHOQOL-BREF

**Novas notif.: Google+**

**tese**  
lia.diegu...

**ED** Eliana Diegues **tese**  
mccanavarro@fpce.uc.p  
16 de Outubro de 2015 **DET**

De: Eliana Andreia Diegues Pinheiro: lia.diegues@hotmail.com  
Para: Doutora Maria Cristina Canavarro: mccanavarro@fpce.uc.pt

**WHOQOLBref PORTUGAL.pdf**  
207 K

Exma. Drª Sofia Gameiro,

O meu nome é Eliana Andreia Diegues Pinheiro, Educadora Social, a frequentar o curso de Mestrado de Cuidados Continuados, no Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança), no âmbito do qual me propus à realização de um trabalho de investigação acerca da "Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados". Venho por este meio pedir-lhe a autorização para a utilização WHOQOL-Bref, uma vez que foi validado para Portugal por (Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes, 2006).

Agradeço desde já toda a atenção, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos.

Eliana Pinheiro

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro

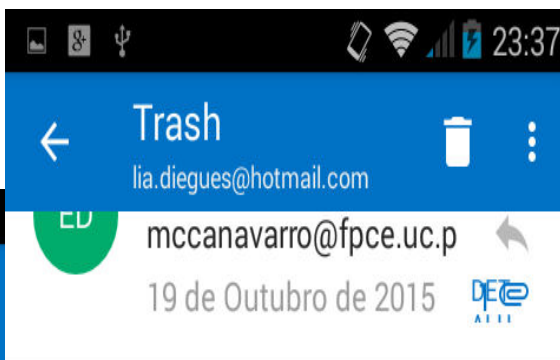
O meu nome é Eliana Andreia Diegues Pinheiro, Educadora Social, a frequentar o curso de Mestrado de Cuidados Continuados, no Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança), no âmbito do qual me propus à realização de um trabalho de investigação acerca da "Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados", pretendo utilizar a escala WHOQOL-Bref, para avaliar a qualidade de vida dos clientes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela. Solicito a V. Exma. a autorização para a utilização da Escala WHOQOL-Bref, e, se, possível, a disponibilização da informação sobre as instruções para o cálculo do Índice de QV geral.

Agradeço desde já toda a atenção, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos.

Eliana Pinheiro





From: lia.diegues@hotmail.com  
To: mccanavarro@fpce.uc.pt  
Subject: FW: Pedido de autorização para a utilização WHOQOL-Bref  
Date: Fri, 16 Oct 2015 00:14:37 +0000



FormularioWH...OL Eliana.doc

53 K

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro

O meu nome é Eliana Andreia Diegues Pinheiro, Educadora Social, a frequentar o curso de Mestrado de Cuidados Continuados, no Instituto Politécnico de Bragança ( Escola Superior de Saúde de Bragança), no âmbito do qual me propus à realização de um trabalho de investigação acerca da "Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados", pretendo utilizar a escala WHOQOL-Bref, para avaliar a qualidade de vida dos utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela.

Solicito a V. Exma. a autorização para a utilização da Escala WHOQOL-Bref, e, se, possível, a disponibilização da informação sobre as instruções para o cálculo do Índice de QV geral.  
Junto envio o formulário devidamente preenchido.

Agradeço desde já toda a atenção, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos.

Eliana Pinheiro

From: lia.diegues@hotmail.com  
To: mccanavarro@fpce.uc.pt  
Subject: FW: Pedido de autorização para a utilização WHOQOL-Bref  
Date: Fri, 16 Oct 2015 00:14:37 +0000

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro

O meu nome é Eliana Andreia Diegues Pinheiro, Educadora Social, a frequentar o curso de Mestrado de Cuidados Continuados, no Instituto Politécnico de Bragança ( Escola Superior de Saúde de Bragança), no âmbito do qual me propus à realização de um trabalho de investigação acerca da "Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados", pretendo utilizar a escala WHOQOL-Bref, para avaliar a qualidade de vida dos utentes internados na Unidade de Cuidados Continuados de Bragança e Mirandela.

Solicito a V. Exma. a autorização para a utilização da Escala WHOQOL-Bref, e, se, possível, a disponibilização da informação sobre as instruções para o cálculo do Índice de QV geral.  
Junto envio o formulário devidamente preenchido.

Agradeço desde já toda a atenção, disponibilizando-me para qualquer esclarecimento necessário.

Com os melhores cumprimentos.

Eliana Pinheiro





Cláudia Melo

Eliana Diegues

16 de Outubro de 2015

tese



DET  
A III

Cara Dra. Eliana Pinheiro,

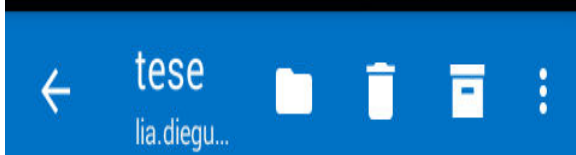
Na sequência do seu pedido, convido-o a visitar a nossa página web <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> e a preencher o formulário que nela pode encontrar relativo à utilização do instrumento de avaliação que pretende, para que lho possa enviar, bem como as respetivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os melhores cumprimentos.

Pelo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida,

Cláudia Melo.






**Claudia Melo**    tese  
**Eliana Diegues**    ↩  
 20 de Outubro de 2015    




**Eliana Diegues**    tese  
**Cláudia Melo**    ↩  
 20 de Outubro de 2015    

Cara Dra. Eliana Pinheiro,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

Mais ainda lhe sugiro que, tendo em conta que nos parece que poderá pretender avaliar a qualidade de vida de população idosa, solicite o acesso à versão portuguesa do WHOQOL-Old. Para tal deverá contactar o Professor Doutor Mário Simões ([simoesmr@fpce.uc.pt](mailto:simoesmr@fpce.uc.pt)) e/ou a Dra. Manuela Vilar ([mvilar@fpce.uc.pt](mailto:mvilar@fpce.uc.pt)).

Atente que o WHOQOL-Old é um instrumento que avalia os domínios da versão geral do instrumento WHOQOL e possui um módulo específico para população idosa. Por este motivo, se o utilizar, não fará sentido utilizar simultaneamente o WHOQOL-Bref.

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida  
Atenciosamente,  
Cláudia Melo.

Boa tarde, Dr<sup>a</sup> Cláudia, pediu o WHOQOL- BREF, porque a minha amostra é constituída por todos os elementos internados em Cuidados Continuados ( na média e longa duração), independentemente da idade, tenho participantes com 31 anos, 40/50 anos. A rede de Cuidados Continuados tem como objetivo primordial: “ a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. A pessoa utilizadora da rede, recebe, cuidados de saúde e apoio social, em prol da sua recuperação ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida (RNCCI., 2009). Foi por este motivo que pedi a autorização para poder utilizar o WHOQOL- BREF, por achar que se adéqua mais ao perfil da minha amostra. Agradeço toda a disponibilidade que me tem prestado .

Saudações  
Eliana Pinheiro



## ANEXO VII: TESTE DE SHAPIRO-WILK E DE LEVENE

**Tabela 22. Teste de normalidade de Shapiro-Wilk**

Domínios	Local	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Qualidade de vida em geral	Bragança	,939	21	,206
	Mirandela	,917	21	,076
Físico	Bragança	,959	21	,506
	Mirandela	,945	21	,279
Psicológico	Bragança	,939	21	,207
	Mirandela	,936	21	,182
Relações sociais	Bragança	,945	21	,272
	Mirandela	,941	21	,225
Ambiente	Bragança	,952	21	,374
	Mirandela	,941	21	,226

**Tabela 23. Teste de Levene de homogeneidade das variâncias**

	Levene's Test for Equality of Variances	
	F	Sig.
Qualidade de vida em geral	,448	,507
Físico	1,580	,216
Psicológico	23,741	,000
Relações sociais	,027	,870
Ambiente	,641	,428

