

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health



edição
special

nº 01

Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Instituto Politécnico de Viseu, Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)

Equipa Editorial | Editorial Team | Equipo Editorial

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Editores Adjuntos | Assistant Publishers | Editores Adjuntos

José Luís Mendes Loureiro Abrantes

José Paulo Ferreira Lousado

Maria João Amante

Paula Maria dos Reis Correia

Editores das Seções | Section Publishers | Editores de Secciones

Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias | Agricultural Sciences, Food and Veterinary | Ciencias Agrícolas, Alimentos y Veterinaria

Paula Maria dos Reis Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt

Ciências da Vida e da Saúde | Life and Health Sciences | Ciencias de la Vida y la Salud

Maria Madalena Jesus Cunha Nunes - mnunes@ess.ipv.pt

Educação e Desenvolvimento Social | Education and Social Development | Educación y Desarrollo Social

Maria João Amante - majoa@esev.ipv.pt

Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo | Engineering, Technology, Management and Tourism | Ingeniería, Tecnología, Administración y Turismo

José Luís Mendes Loureiro Abrantes - jlbrantes@estv.ipv.pt

José Paulo Ferreira Lousado - jlousado@estgl.ipv.pt

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente
Ana Sofia Carvalho, PhD, Universidade Católica, Porto (PT)
Alessandro Gandini, PhD, Pagora School, Grenoble Polytechnic, France (FR)
António Boaleto Rosado, PhD, Universidade Técnica de Lisboa (PT)
António Sérgio Alfredo Guimarães, PhD, Universidade de S. Paulo (BR)
Carlos Fernandes da Silva, PhD, Professor Catedrático, Universidade de Aveiro (PT)
Carlos Gutiérrez Garcia, PhD, Universidade de León (ES)
Elisabeth Kastenholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
Flávio Nelson Fernandes Reis, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Isabel Mateos Rubio, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
João Eduardo Quintelo Varajão, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Javier Montero Martín, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
José Luís Abrantes, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
José Paulo Lousado, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Luís Saboga Nunes, PhD, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa (PT)
Maria dos Anjos Pires, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Maria João Amante, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Margarida Gomes Moldão Martins, PhD, Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa (PT)
Oziris Borges Filho, PhD, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)
Paula Correia, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
Paulo Providência, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Soner Soyul, PhD, Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)
Wojciech Cynarski, PhD, Rzeszów University (PL)
Mohamed Samer, PhD, Universidade do Cairo (EG)

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Instituto Politécnico de Viseu (IPV)
Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde
Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu

Av. Cor. José Maria Vale de Andrade
Campus Politécnico
3504- 510 VISEU

- ☎ 232 480 700 (ext.2100)
- ✉ millenium@pres.ipv.pt (Revista Millenium)
- 🌐 <http://www.ipv.pt/millenium/> (Revista Millenium)
- 🌐 [http://www.ipv.pt/ci/Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde \(CI&DETS\)- Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu](http://www.ipv.pt/ci/Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)- Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu)

Ficha Catalográfica

Revista Millenium. / prop. Instituto Politécnico de Viseu, 1996- 2016

Título da Revista: Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

Título da Revista abreviado: Rev. Mill

Sigla da Revista: Mill

Depósito Legal Nº: 973 71/96

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Indexação

DIALNET – <http://dialnet.unirioja.es/>

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>

Avaliada por Qualis/CAPEs – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior na área da Educação em B2 e na área de Letras/

Linguística em B4. <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>

DOAJ- Directory of Open Access Journals – <http://www.doaj.org/>

Periodicidade

Quadrimestral, sendo editada em fevereiro, junho e outubro.

Nota

- Os artigos assinados são da responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente os pontos de vista da Direção da Revista
- Publicação anotada na ERC
- Isenta de registo na ERC ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9 de junho, Artigo 12º, nº1, a)

Sumário | Summary | Resumen

SAÚDE INFANTIL E PARENTALIDADE

GERIR A FEBRE EM CRIANÇAS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PAIS	15
CONHECIMENTOS DAS MÃES FACE À AMAMENTAÇÃO: RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	23
EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES SOBRE A DOR NA CRIANÇA	33
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM DA DIABETES	41
PARENTALIDADE, INCAPACIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	53
SAÚDE DAS FAMÍLIAS IMIGRANTES: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	63
A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES TOXICODEPENDENTES NO PERÍODO PÓS PARTO	71

SAÚDE/BEM-ESTAR DOS ESTUDANTES E FORMAÇÃO DE PROFESSORES

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - R.E.D. BULL (YING)	83
VALORES DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR ENVOLVIDOS EM EDUCAÇÃO PELOS PARES	93
A ABSTINÊNCIA E O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ESCOLARES: A INFLUÊNCIA DAS ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIO-CULTURAL	107
A AUTOMEDICAÇÃO NOS ALUNOS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA	123
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: PREDITORES DE ADESAO	133
APOIO PSICOLÓGICO NO ENSINO SUPERIOR: O SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU	145
REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES	153

SAÚDE DO IDOSO E SEUS CUIDADORES

ESTUDO DA OSTEOPOROSE EM MULHERES PORTUGUESAS COM MAIS DE 50 ANOS: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E ADESAO À TERAPÊUTICA	163
PROMOÇÃO DA LITERACIA E CAPACITAÇÃO DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 IDOSAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	175
PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	185
NÍVEL DE SOBRECARGA SUBJETIVA EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	195
QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DE HUNTINGTON	203
TEMAS A INCLUIR NUM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA, A RESIDIR NO DOMICÍLIO	213
SAÚDE OCUPACIONAL EM CUIDADORES: UM ESTUDO DE CLIMA ORGANIZACIONAL EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS	223

GESTÃO DA DOENÇA E SEGURANÇA DO DOENTE

ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	235
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INSUFICIENTES RENAIIS EM DIÁLISE	245
REABILITAÇÃO VESTIBULAR COM POSTUROGRAFIA DINÂMICA COMPUTADORIZADA NA DOENÇA DE PARKINSON	255
CONHECIMENTO SOBRE HEPATITES B E C E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DOS SALÕES DE BELEZA	267
EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAÇÃO: A CULPABILIDADE IMPRESSA PELA MÍDIA	277
ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA (ECCC)	287
CONSENTIMENTO INFORMADO DA TEORIA À PRÁTICA	301
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2012 A 2014 COM BASE NO MULTIPROFESSIONAL GUIDE	307

SAÚDE OCUPACIONAL

FATORES DE STRESS DAS EQUIPAS DE BOMBEIROS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	319
QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS	327
SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA FUNÇÃO PÚBLICA LOCAL: UMA QUESTÃO DE GÉNERO?	339
EMPÓDERAMENTO DOS ENFERMEIROS: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA	347
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA SUA FREQUÊNCIA NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA	359
O EFEITO DO REIKI NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BURNOUT	367
REIKI COMO TERAPIA NÃO CONVENCIONAL: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS	377
ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO CAMIONISTAS: ESTUDO DE REVISÃO DOS FATORES DE RISCO	387
RUÍDO AMBIENTAL VERSUS INFRASOM E RUÍDO BAIXA FREQUÊNCIA - CASO DE ESTUDO DE POPULAÇÃO PRÓXIMA DE TURBINAS EÓLICAS	397

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

QUALITY OF LIFE IN NURSING

CALIDAD DE VIDA DE LAS ENFERMERAS

Carina Ferreira¹

Eugénia Anes²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, Unidade Hospitalar de Mirandela, Portugal

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal

RESUMO

Introdução: O conceito de qualidade de vida em enfermagem tem um lugar de grande importância nas organizações de saúde. A qualidade dos serviços de saúde também é medida pela satisfação dos profissionais.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), de acordo com as medidas física e mental do SF12, tendo em conta as variáveis de caracterização.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo quantitativo, numa amostra não probabilística, constituída por 124 enfermeiros das três unidades hospitalares da ULSNE. O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, a primeira parte alude aos dados sociodemográficos e laborais e a segunda parte é constituída por a versão da escala SF12 (Ferreira, 2000). Esta escala é constituída por 12 itens que compõem oito dimensões. Eles são agregados em duas medidas sumário física e mental designadas por MSF e MSM.

Resultados: Os resultados mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas na MSF em relação à idade, categoria profissional e regime contratual. Em MSM observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e categoria profissional.

Conclusões: Do nosso estudo concluímos que a identificação dessas relações é muito importante nas organizações de saúde. Facilita a tomada de decisão e, portanto, a prestação de melhores cuidados de saúde.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Enfermeiros

ABSTRACT

Introduction: The concept of quality of life in nursing has a place of great importance in health organizations. The quality of health services is also measured by the satisfaction of professionals.

Objective: This study had as main objective to evaluate the quality of life of nurses from the Local Health Unit of the Northeast (ULSNE), according to the physical and mental of SF12 measures, taking into account the variables of characterization.

Methods: It is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Sampling is not probabilistic. The sample consisted of 124 nurses in three hospital units ULSNE. The questionnaire is composed of two parts. The first refers to sociodemographic and labour data and the second part consists of the SF12 scale (Ferreira, 2000) and is composed of 12 items that make up eight dimensions. They are aggregated into two components, physical and mental designated by MSF and MSM.

Results: We found that there are statistically significant differences in MSF with regard to age, professional category and contractual arrangements. In MSM observed statistically significant differences with regard to marital status and profession.

Conclusions: The identification of these relations is very important in health organizations. It facilitates decision making and therefore the provision of better health care.

Keywords: Quality of life; Nurse

RESUMEN

Introducción: El concepto de calidad de vida en cuidados de enfermería ocupa un lugar de primera magnitud en los organismos de salud. La calidad de los servicios de sanidad es también medida por la satisfacción de los profesionales.

Objetivo: Este estudio tenido como objetivo principal evaluar la calidad de vida de los enfermeros de la unidad de salud Local de la noreste (ULSNE), según el físico y mental SF12 medidas, teniendo en cuenta las variables de caracterización.

Métodos: Es un estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque cuantitativo. La muestra no es probabilística. La muestra se ha basado en 124 enfermeros en tres unidades hospitalarias ULSNE. El cuestionario se compone de dos partes. La primera trata de los datos sociodemográficos y de trabajo y la segunda consiste en la escala SF12 (Ferreira, 2000) y se compone de 12 elementos que forman ocho dimensiones. Ellos están agregados en dos componentes, físico y mental designados por MSF y MSM.

Resultados: Hemos descubierto que hay diferencias estadísticamente significativas en MSF respecto a la edad, categoría profesional y régimen contractual. En MSM se han observado diferencias estadísticamente significativas respecto al estado civil y profesión.

Conclusiones: La identificación de estas relaciones es muy importante en organismos de salud. Facilita la toma de decisiones y además la prestación de una mejor asistencia sanitaria.

Palabras Clave: Calidad de vida; Enfermero

INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo cada vez mais globalizado, exigente e competitivo. Por sua vez, o Homem é avaliado por aquilo que produz, e não, pela forma como desempenha o seu trabalho. O maior determinante de qualidade de vida é o trabalho (Haddad, 2000).

A percepção de Qualidade de Vida relacionada com a saúde tem vindo a assumir relevância crescente enquanto aferidor da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, tal como nas áreas económica e social da saúde de um país (World Health Organization Quality of Life, 1995).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a medição da qualidade de vida nos seguintes grupos: “pacientes crónicos, familiares do paciente e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação e crianças” (Frade, 2010, p.9). Esta investigação incide-se nos profissionais de enfermagem, podendo estes ser considerados, de acordo com os grupos anunciados, como pessoal de suporte.

A qualidade de vida dos enfermeiros pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

Em síntese, estabelecemos como objetivo deste estudo: avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros em três unidades hospitalares da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na década de 40, emerge pela primeira vez, na literatura médica, o conceito de qualidade de vida. Este termo foi referido pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson em 1964, no seu discurso político (Seidl & Zannon, 2004).

Qualidade de vida é um termo, relativamente, recente e cada vez mais valorizado na nossa sociedade, sendo um conceito dinâmico que se modifica com o decorrer do tempo, com experiências e acontecimentos vivenciados. É algo de subjetivo, uma vez que cada indivíduo tem uma percepção diferente da sua vida e depende das experiências que cada um tem e da importância que lhe atribui.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL], 1994, p. 28).

O conceito de qualidade de vida tem reconhecidamente duas componentes: uma objetiva ou social, que contempla fatores económicos, políticos e ambientais (saúde em geral, nível funcional e socioeconómico) e outra subjetiva ou psicológica que reflete o julgamento pessoal (autoestima, satisfação com a vida e bem-estar (World Health Organization Quality of Life, 1995)).

Também Santos, Martins e Ferreira (2009), vão de encontro com a definição anterior, pois referem que é um termo de difícil operacionalização, dadas as múltiplas variáveis que compõem o seu significado. Devido a sua multidimensionalidade, engloba tanto componentes objetivas, como a satisfação das necessidades básicas e a funcionalidade, como componentes subjetivas bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Segundo Pais-Ribeiro, “qualidade de vida tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta. Todos e cada um sabem o que é a qualidade de vida. Deste modo é fácil estar-se a discutir sobre a qualidade de vida, chegando ou não a acordo, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito” (2009, p. 31).

Relativamente ao conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde apresenta-se como um conceito inerente aos cuidados de saúde, podendo assumir dois sentidos distintos: um geral para os cuidados de saúde e um específico associado a cada uma das doenças (Ribeiro, 2005).

Pela sua diversidade, os locais de trabalho representam novos desafios e riscos emergentes para os enfermeiros. Os profissionais de enfermagem estão expostos ao comprometimento de sua qualidade de vida em virtude das particularidades físicas, emocionais e mentais decorrentes do trabalho.

Para o International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN, 2007) os ambientes favoráveis à prática do trabalho de enfermagem desenvolvem esforços para garantir a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, melhorar a motivação, produtividade e desempenho destes e organizações.

A qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros encontra-se condicionada por diferentes áreas de influência, de que são exemplos: o ambiente físico, o ambiente psicossocial e os recursos individuais de saúde (Burton, 2010).

2. MÉTODOS

Conceptualizamos um estudo de cariz descritivo, exploratório do tipo quantitativo, que envolveu uma amostra (não probabilística), constituída por 124 enfermeiros das três unidades hospitalares da ULSNE. Recorremos a um instrumento de recolha de dados estruturado em duas partes. A primeira dedicada à

caraterização sociodemográfica e laboral, e a segunda parte integra a escala SF12, constituída por 12 itens que se dividem em oito dimensões. Os itens são respondidos numa escala tipo likert de três ou cinco pontos, em que a pontuação mais elevada corresponde a um melhor estado de saúde. As oito dimensões são: função física (FF), limitações de desempenho devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DR), a saúde em geral (SG), a vitalidade (VT), a função social (FS) e a saúde mental (SM). Estas oito dimensões podem ser agregadas em duas medidas sumário física e mental designadas por MSF (FF, DF, DR e SG) e MSM (SM, DE, FS e VTA).

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2015, obtendo-se uma amostra não probabilística de enfermeiros que exercem funções direcionadas a doentes internados nas três unidades hospitalares da ULSNE. Os procedimentos éticos e legais foram assegurados.

2.1 Amostra

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções no internamento das três unidades hospitalares da ULSNE, num total de 208 enfermeiros (N =208). Desses 208 enfermeiros constituiu-se uma amostra de 124 profissionais (n=124), selecionada pelo método de amostragem aleatória não probabilística. Como referido, participaram neste estudo 124 enfermeiros, dos quais a maioria (82.3%) são do sexo feminino; 74.8% são casados ou vivem em união de facto, 85.5% são licenciados. Quanto à habilitação profissional, 31.5% possuem especialidade, 9.7% mestrado e 46% apenas possuem licenciatura. Na categoria profissional contabilizaram-se 41.1% de enfermeiros e 40.3% de enfermeiros graduados. Os restantes são enfermeiros especialistas ou chefe. Cerca de 98% dos enfermeiros da amostra exercem funções na prestação direta de cuidados e 92% exercem funções numa única entidade empregadora. A maioria dos inquiridos exerce funções na unidade hospitalar de Bragança (58.1%). Quanto à idade dos inquiridos registou-se um mínimo de 23 anos e máximo de 57 anos, sendo a idade média 41.7 anos. Quanto ao tempo de serviço, obteve-se uma variação entre 1 e 34 anos sendo a média 17,1 anos. A maioria dos enfermeiros inquiridos (82.3%) exerce funções em horário por turnos, possui contrato de trabalho em funções públicas (59.7%), têm horário de 40 horas semanais (76.6%) ainda que cerca de 16% trabalhem mais de 40 horas por semana, cerca de 78% não faltaram ao serviço no último ano, e na última avaliação todos os avaliados tiveram satisfação (94.4%) sendo que os restantes 5.6% não foram avaliados. No que concerne à progressão na carreira a maioria (58.1%) refere que nunca progrediu. Quanto à remuneração mensal, 46.8% auferem entre 1000 e 1200 euros e 34.7% entre 1200 e 1400 euros.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, a primeira parte alude aos dados sociodemográficos (nomeadamente: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, habilitações profissionais, categoria profissional e Unidade Hospitalar) e laborais (tipo de horário, regime contratual, carga horária, última avaliação, última promoção e remuneração mensal) e a segunda parte é constituída por a escala MOS Short-Form Health Survey 12-Item (SF-12). Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, foi escolhido o instrumento o SF-12 por ser um questionário curto, de fácil aplicação e desenvolvido a partir do Short Form 36 Health Survey Instrument (SF-36), instrumento desenvolvido por Ware, Kosinski e Keller, (1996).

Consiste em um instrumento formado por 12 itens que se dividem em oito dimensões à semelhança da escala SF-36. Os itens são respondidos numa escala tipo likert de três ou cinco pontos. As oito dimensões são: função física (FF), limitações de desempenho devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DR), a saúde em geral (SG), a vitalidade (VT), a função social (FS) e a saúde mental (SM). A dimensão FF destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações do dia-a-dia como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou, até mesmo, carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância. Existem ainda 2 dimensões que medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo. A dimensão DR mede não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal. A dimensão SG mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde atual, a resistência à doença e o aspeto saudável. Por outro lado, a VT inclui os níveis de energia e de fadiga e a FS capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades. A dimensão SM inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de

controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

Estas 8 dimensões podem ser agregadas em 2 medidas sumário física e mental designadas respetivamente, por MSF e MSM. A MSF compreende as dimensões FF, DF, DR e SG e a MSM é constituída pelas dimensões SM, DE, FS e VT.

Os valores das pontuações obtidas são transformados numa escala de 0 a 100, correspondendo o zero ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. A versão portuguesa do SF-12, também desenvolvida a partir da versão portuguesa do SF-36 pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, encontra-se adaptada e validada (Ferreira, 2000).

2.3 Procedimentos

Os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, pois, para aiém, do pedido formal dirigido ao conselho de Administração da ULSNE e à Comissão de Ética da mesma Instituição, houve a preocupação em obter o consentimento do autor para a aplicação do instrumento de avaliação (SF-12), bem como, o consentimento livre de todos os participantes no estudo. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, e, ainda, foi dada a liberdade de, em qualquer altura, poderem desistir se assim o desejassem.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando o programa informático Statistical Package Social Science versão 19.0

3. RESULTADOS

Na tabela 1, apresentamos a distribuição das respostas para cada um dos itens da escala SF-12.

De uma maneira geral observa-se que os indivíduos da amostra apresentam um bom estado de saúde em geral (item 1) pois o valor médio obtido foi aproximadamente 3. Quanto às atividades do dia-a-dia, itens 2 e 3 com três possibilidades de resposta, a resposta mais frequente foi “não, nada limitado” e como tal os valores médios são superiores a 2,5 o que traduz um bom estado de saúde. Nos itens 4 e 5 a maioria dos indivíduos da amostra respondeu “nunca” o que revela que os seus problemas de saúde não os limitaram nem impediram de fazer as suas atividades diárias. Quanto ao impacto dos problemas emocionais os valores médios obtidos foram superiores a 4 pelo que tiveram pouco impacto no desempenho dos inquiridos. No que concerne ao impacto da dor no dia-a-dia dos inquiridos a maioria respondeu pouco ou nada, e como tal a média observada foi de 4.12. Quanto ao sentir-se “calmo e tranquilo” e “com muita energia” as respostas mais frequentes foram “Alguns tempos” e “A maior parte do tempo” traduzindo um valor médio de 3,80 e 3,44 respetivamente. Relativamente a “sentir-se deprimido” o valor médio obtido foi de 4,22 o que traduz como respostas mais frequentes “nunca” e “pouco tempo”. Por último, quanto às limitações na atividade social potenciadas pelo estado de saúde física e emocional, as repostas dadas pelos inquiridos estão repartidas pelas várias possibilidades de resposta, ainda que a mais frequente seja “nunca”. O valor médio obtido neste item foi de 3,90.

Tabela 1 – Distribuição das respostas para cada um dos itens do SF12.

		N	%	Média	Erro padrão
1. Em geral a sua saúde é	Fraca	1	0.8		
	Razoável	41	33.1		
	Boa	47	37.9	3.03	0.97
	Muito boa	23	18.5		
2. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	Ótima	12	9.7		
	Sim, muito limitado	52	74.0		
	Sim, um pouco limitado	29	23.4	2.69	0.55
	Não, nada limitado	90	72.6		
3. Subir vários lanços de escadas	Sim, muito limitado	4	3.2		
	Sim, um pouco limitado	28	22.6	2.71	0.52
	Não, nada limitado	92	74.2		

Nas últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados como consequência da sua saúde	4. Fez menos do que queria	Sempre	1	0.8	4.31	0.90
		A maior parte do tempo	3	2.4		
		Algum tempo	22	17.7		
		Pouco tempo	29	23.4		
		Nunca	69	55.6		
5. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras atividades	5. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras atividades	Sempre	1	0.8	4.29	0.89
		A maior parte do tempo	3	1.6		
		Algum tempo	21	19.4		
		Pouco tempo	40	24.2		
		Nunca	59	54.0		
Nas últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados devido a quaisquer problemas emocionais	6. Fez menos do que queria	Sempre	1	0.8	4.23	0.88
		A maior parte do tempo	3	2.4		
		Algum tempo	21	16.9		
		Pouco tempo	40	32.3		
		Nunca	59	47.6		
7. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	7. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	Sempre	0	0	4.44	0.73
		A maior parte do tempo	0	0		
		Algum tempo	17	13.7		
		Pouco tempo	35	28.2		
		Nunca	72	58.1		
8. Durante as últimas 4 semanas de que forma a dor interferiu com o seu trabalho normal (doméstico e trabalho fora de casa)	8. Durante as últimas 4 semanas de que forma a dor interferiu com o seu trabalho normal (doméstico e trabalho fora de casa)	Imenso	1	1.6	4.12	0.93
		Bastante	6	4.8		
		Moderadamente	17	13.7		
		Pouco	49	39.5		
		Absolutamente nada	50	40.3		
9. Calmo e tranquilo	9. Calmo e tranquilo	Nunca	0	0	3.80	0.79
		Pouco tempo	7	5.6		
		Algum tempo	32	25.8		
		A maior parte do tempo	64	51.6		
		Sempre	21	16.9		
Nas últimas 4 semanas como se sentiu e como lhe correram as coisas	10. Com muita energia	Nunca	3	2.4	3.44	0.91
		Pouco tempo	15	12.1		
		Algum tempo	42	33.9		
		A maior parte do tempo	52	41.9		
		Sempre	12	9.7		
11. Deprimido	11. Deprimido	Sempre	0	0	4.22	0.82
		A maior parte do tempo	5	4.0		
		Algum tempo	16	12.9		
		Pouco tempo	50	40.3		
		Nunca	53	42.7		

Nas últimas quatro semanas até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social	Sempre	3	2.4	3.90	1.16
	A maior parte do tempo	16	12.9		
	Algum tempo	24	19.4		
	Pouco tempo	29	23.4		
	Nunca	52	41.9		

Na tabela 2, apresentamos a distribuição dos 12 itens pelas respetivas dimensões e componentes, assim como a variação registada na amostra em estudo, média e erro padrão (As pontuações de cada dimensão foram normalizadas de 0 a 100 pontos). Quanto mais alta for a pontuação melhor será o estado de saúde do indivíduo. Destacam-se, pelo sentido positivo, as dimensões FF, DF e DE com valores médios superiores a 80 pontos. Os valores médios mais baixos foram registados nas dimensões SG e VT.

A consistência interna das duas componentes foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach e os valores obtidos estão compreendidos entre 0,8 e 0,9 o que traduz uma consistência muito boa.

Tabela 2 – Componente física e mental da escala SF-12 mensuradas numa escala de 0 a 100 pontos

	Itens	Min.	Máx.	Média	Erro padrão	
MSF (alfa Cronbach 0,853)	Função física (FF)	2, 3	0	100	84.88	24.7
	Desempenho físico (DF)	4, 5	0	100	82.46	21.5
	Dor (Dr)	8	0	100	78.02	23.3
	Saúde em geral (SG)	1	0	100	50.81	24.3
MSM (alfa Cronbach 0,843)	Vitalidade (Vt)	10	0	100	61.09	22.8
	Função social (FS)	12	0	100	72.38	29.0
	Desempenho emocional (DE)	6, 7	25	100	83.47	19.0
	Saúde mental (SM)	9, 11	25	100	75.20	17.5

Dada a grande heterogeneidade dos grupos, a não verificação do pressuposto de normalidade, na análise das componentes da Qualidade de vida em relação às variáveis de caracterização foram utilizados testes não paramétricos. O nível de significância adotado foi de 5%.

Quanto à variável sexo, são os homens que apresentam melhores pontuações, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas.

A variável idade foi operacionalizada em seis faixas etárias e, na componente física o valor de prova obtido é inferior a 0.001 pelo que há diferenças entre os grupos. De notar que os enfermeiros mais jovens apresentam melhor desempenho físico, mas apenas 23% da variância da variável MSF é explicada pela variável idade. Na componente mental, as diferenças observadas entre as várias faixas etárias não estatisticamente significativas pois o valor de prova obtido é superior a 5%, mas observou-se que os mais velhos são os que apresentam melhor desempenho mental.

Relativamente ao estado civil conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas na componente mental observando-se que os viúvos apresentam maior desempenho mental, mas apenas 7,5% da variabilidade da MSM se deve a esta variável.

Na componente física as diferenças entre os grupos não são estatisticamente, mas ainda assim os solteiros são os que apresentam valor médio/mediano mais elevado e consequentemente melhor desempenho.

No que concerne à habilitação profissional e habilitação académica não se registaram desempenhos diferentes entre os grupos em nenhuma das duas componentes (valores de prova superiores a 5%).

Quanto à categoria profissional os valores de prova obtidos nas duas componentes permitem-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Nas duas componentes destacam-se os enfermeiros, ainda que, com o melhor desempenho físico e o pior desempenho mental.

Na unidade hospitalar e tipo de horário não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as várias unidades nas

duas componentes.

Por último, na variável regime contratual foram comparados apenas os grupos mais representativos (CIT e CTFP). Na componente física, os enfermeiros com CIT apresentam um desempenho estatisticamente melhor do que os CTFP, mas apenas 14% da variabilidade é explicada por esta variável. Na componente mental as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 3 - Comparação das duas componentes quanto ao sexo, idade, estado civil, habilitação profissional, habilitação académica, categoria profissional, unidade hospitalar, tipo de horário e regime contratual

	M (dp)	MSF Mediana	Valor prova	M (dp)	MSM Mediana	Valor prova
Sexo						
Masculino	53.59 (6.51)	54.50		52.83 (7.38)	53.3	
Feminino	49.23 (9.59)	51.03	0.067	49.39 (9.74)	50.1	0.138
Idade						
Menos de 30 anos	57.78 (6.19)	58.5		44.45 (10.95)	45.1	
30 a 34 anos	56.23 (6.36)	55.8		48.12 (8.73)	47.4	
35 a 39 anos	50.99 (8.89)	52.2	0,000*	48.70 (11.10)	49.9	
40 a 44 anos	49.91 (9.04)	51.0	Eta2=23%	50.48 (8.40)	50.9	0.286
45 a 49 anos	44.66 (7.06)	44.4		51.40 (10.17)	53.7	
50 ou mais anos	46.88 (9.95)	48.3		52.54 (7.43)	53.1	
Estado civil						
Solteiro	54.68 (7.77)	58.2		46.47 (10.17)	48.4	
Casado/união de facto	49.39 (9.25)	51.6	0.077	51.00 (9.02)	50.9	0,007*
Viúvo	47.91 (9.87)	51.2		56.02 (5.60)	55.4	Eta2=7,5%
Separado/Divorciado	48.48 (9.99)	47.6		43.25 (9.43)	39.7	
Habilitação profissional						
Pós-graduação	50.37 (8.56)	51.3		50.29 (7.54)	49.6	
Especialista	50.87 (8.67)	52.5	0.897	51.20 (10.33)	54.6	0.706
Mestrado	47.10 (13.85)	50.5		50.02 (9.21)	51.6	
Apenas licenciatura	49.91 (8.79)	50.6		49.10 (9.44)	49.7	
Habilitação académica						
Bacharelato/Licenciatura	50.27 (8.72)	52.0	0.814	50.00 (9.42)	50.4	0.973
Mestrado	48.20 (12.46)	50.5		49.96 (9.80)	50.5	
Categoria profissional						
Enfermeiro	53.49 (8.41)	54.9		47.43 (10.21)	47.3	
Enfermeiro graduado	46.95 (1.24)	47.5	0,000*	51.75 (7.60)	51.0	0,044*
Enfermeiro especialista/ chefe	48.89 (9.75)	52.2	Eta2=4%	51.89 (10.27)	55.4	Eta2=12%
Unidade hospitalar						
Bragança	49.94 (9.50)	51.5		49.50 (9.77)	50.4	
Mirandela	47.32 (9.80)	50.2	0.086	51.94 (8,43)	53.1	0.514
Macedo de Cavaleiros	53.30 (6.79)	54.0		49.23 (9,55)	50.0	
Tipo de horário						

Fixo	49.47 (10.85)	51.5	0.945	47.84 (12,21)	48.3	0.401
Turnos	50.11 (8.93)	52.1		50.47 (8,72)	50.7	
Regime contratual						
CIT	53.99 (8.33)	55.2	0,000*	47.64 (10,97)	48.3	
CTFP	47.34 (9.06)	48.2	Eta2=14%	51.43 (8,24)	52.0	0.071

4. DISCUSSÃO

Oler, Jesus, Barboza e Domingos (2005) corroboram os resultados da presente investigação, onde também foram encontradas melhores pontuações na percepção da qualidade de vida nas dimensões: função física, desempenho físico e desempenho emocional, há exceção, do desempenho emocional que evidenciou valores inferiores. Por outro lado, em estudos desenvolvidos por Franco, Barros e Nogueira. (2005), Oler et al (2005) e de Talhaferro, Barboza e Domingos (2006), a dimensão vitalidade obteve valores inferiores, tal como na nesta investigação, em que a dimensão Saúde em geral (SG) e Vitalidade apresentaram piores pontuações.

Em síntese, importa realçar que tal neste estudo, também nos outros referidos, a percepção de melhor qualidade de vida predomina na dimensão da função física e de menor na função vitalidade.

5. CONCLUSÕES

A avaliação da qualidade de vida é um indicador positivo dos cuidados de saúde. Face à sua importância esta avaliação deveria fazer parte integrante da tomada de decisão, o que levaria, a uma melhor prestação de cuidados de saúde.

A qualidade de vida dos enfermeiros, pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

É visível a relação dos fatores sociodemográficos e laborais, nos índices de qualidade de vida relacionados com a saúde destes profissionais. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na MSF em relação à idade, categoria profissional e regime contratual. Em MSM observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e categoria profissional.

Pensa-se que através desta investigação se tenha contribuído cientificamente para a compreensão do tema e problemática da qualidade de vida. Assim, a avaliação deste indicador é de extrema relevância ao nível da gestão e da tomada de decisão. Pelo que os resultados desta investigação serão apresentados às Instituições participantes.

Neste contexto, e como sugestão para futuras investigações seria pertinente desenvolver investigação de carácter longitudinal, a fim de monitorizar a qualidade de vida dos enfermeiros ao longo do percurso profissional procurando identificar fatores favorecedores da qualidade de vida destes profissionais, bem como a identificação das variáveis que a afetam.

As limitações encontradas ao longo da realização desta investigação foi o facto de o estudo ser de carácter exploratório. Não existem muitos estudos na área da qualidade de vida dos enfermeiros, utilizando a escala SF-12. Desta forma, tudo o que foi referido anteriormente provocou algumas limitações no nosso estudo, designadamente ao nível da revisão da literatura e consequentemente na discussão dos resultados.

6. CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

7. AGRADECIMENTOS

Não podemos deixar de expressar o nosso sincero agradecimento a todos os enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento da ULSNE, por todo o apoio e disponibilidade que permitiram a recolha dos dados utilizados neste estudo.

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burton, J. (2010). WHO Healty Workplace Framework and Model: Background and Supportinf Literature and Practíce.
- Ferreira, P.L. (2000) Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística, *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Frade, J. T. (2010). Análise estatística do Inquérito Nacional de Saúde e determinantes da qualidade de vida dos portugueses. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Franco, G. P., Barros, A. L. & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Latino Enfermagem*, 13 (2), 139-144.
- Haddad, M. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.
- International Centre for Human Resources in Nursing (2007). Entornos positivos para la práctica profesional.
- Oler, F., Jesus, A., Barboza, D. & Domingos, N. (2005). Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivos Ciências da Saúde*, 12 (2), 102-110.
- Pais-Ribeiro, José L. (2009) – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In CRUZ, José P.; JESUS, Saúl N.; NUNES, Cristina – Bem-Estar e Qualidade de Vida. Alcochete: Textiverso. ISBN 978-989-8044-14-3. p. 31-49.
- Ribeiro, J. L. (2005). Avaliação em saúde e qualidade de vida. In *Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp. 57-66). Porto: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Santos, C., Martins, T., Ferreira, T.R. (2009). Saúde e qualidade de vida: contributos teóricos. In *Nucleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida. Saúde e qualidade de vida: estado da arte*, 15-27.
- Seidl, E. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceptuais e metodológicos. *Cadernos Saúde Publica*, 20 (2), 580-588.
- Talhaferro, B., Barboza, D.B. & Domingos, N.A.M. (2006). Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Ciências Médicas*, 15 (6), 495-506.
- Ware, J.E. Jr.; Kosinski, M.; Keller, S.D. (1996) 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity, *Medical Care*, 34, 3, 220-233.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- WHOQOL. (2005). The world health organization quality of life assessment (WHOQoL): Position paper from the world health organization. *Social Science e Medicine*, 41(10), 1403-1409.