

Universidade da Maia
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Esperança, Depressão, Satisfação com o tratamento e
Adesão à fisioterapia: Um estudo exploratório nos
cuidados continuados

Ana Catarina Fernandes Figueiredo, N° 31820

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Carla Alexandra Castro Cunha

Setembro 2021



Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Cunha, por todo o apoio, partilha de conhecimentos e experiências, pela confiança demonstrada, compreensão e conselhos fornecidos, que foram fundamentais para a realização desta dissertação.

Aos meus pais, pelos valores transmitidos, por todos os esforços e por demonstrarem sempre orgulho em mim durante este processo. Por me terem proporcionado a oportunidade de escolher o meu caminho e seguir a minha paixão na área da Psicologia.

Aos meus irmãos, pelo carinho, paciência, constante apoio e dedicação nos momentos de maior desmotivação.

Ao meu namorado, pela ajuda, amor, incentivo nos momentos mais difíceis e de maior angústia, por ter acreditado sempre em mim e no meu trabalho. Por me transmitir sempre paz e me mostrar que podia chegar onde quisesse.

Aos meus amigos, por todos os momentos de descontração, pelas palavras de conforto, por me apoiarem e vivenciarem comigo todos os momentos da minha vida.

A todos inseridos na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), que contribuíram para a recolha de dados, a minha gratidão, por terem colaborado nesta investigação e terem tornado a sua realização possível.

A todas as outras pessoas que, de forma direta ou indireta, estiveram presentes, colaboraram e me apoiaram nesta extraordinária caminhada.

Muito obrigada!

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo explorar os níveis de satisfação com o tratamento e de adesão à fisioterapia, dos pacientes inseridos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, em contexto de reabilitação hospitalar. Uma vez que a saúde mental dos utentes desempenha um papel importante na forma como estes vivenciam o diagnóstico e o seu tratamento, pretendeu-se, também explorar se a satisfação com o tratamento e a adesão ao tratamento fisioterapêutico estavam relacionadas com os níveis de depressão e de esperança evidenciados pelos participantes. Estes pacientes são merecedores de especial atenção, uma vez que são maioritariamente idosos, e expostos a síncronos problemas de saúde agravados, sendo fundamental assegurar cuidados de saúde adequados. Nesse sentido, o presente estudo quantitativo recolheu uma amostra de 21 participantes, que foram avaliados por um conjunto de medidas nomeadamente: o Questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-18B), a Escala de Adesão à Reabilitação (SIRAS), adaptada para esta população, o Índice de Esperança de Herth (HHI), o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) e ainda um questionário sociodemográfico. Os dados foram recolhidos junto dos pacientes e junto dos fisioterapeutas que os acompanham, incorporados numa unidade hospitalar do Norte de Portugal. Os resultados demonstraram a existência de relações significativas entre a variável esperança e a satisfação com o tratamento, adesão à fisioterapia e os níveis de depressão. Assim, verificou-se que os participantes com maior esperança, tendencialmente, estavam mais satisfeitos com o tratamento, aderiam mais à fisioterapia e apresentavam menores níveis de depressão. Estes resultados sugerem, assim, que a esperança pode desempenhar uma contribuição significativa no contexto da reabilitação, e por esse mesmo motivo deve ser considerada e facilitada em contextos de reabilitação e de saúde.

Palavras-chave: satisfação com o tratamento, adesão, cuidados continuados, reabilitação, depressão, esperança

Abstract

The main objective of this study was to explore the levels of satisfaction with the treatment and adherence to physiotherapy, of patients inserted in an Integrated Continuous Care Unit, in the context of hospital rehabilitation. Since the mental health of the patients plays an important role in how they experience the diagnosis and their treatment, it was also intended to explore whether satisfaction with treatment and adherence to physiotherapy treatment were related to levels of depression and of hope evidenced by the participants. These patients deserve special attention, as they are mostly elderly, and exposed to synchronous aggravated health problems, and it is essential to ensure adequate health care. In this sense, this quantitative study collected a sample of 21 participants, who were selected by a set of measures specifically: the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-18B), the Compliance Scale for Rehabilitation (SIRAS), adapted for this population, the Herth Hope Index (HHI), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and a sociodemographic questionnaire. Data were collected from the patients and from the physiotherapists who accompany them, incorporated in a hospital unit in the North of Portugal. The results showed the existence of relationships between the variables hope and treatment satisfaction, adherence to physiotherapy and levels of depression. Participants with greater hope, tended to be more satisfied with the treatment, adhered more to physiotherapy and had lower levels of depression. Thus, these results suggest that hope can play an important role in the context of rehabilitation, and for this reason it should be considered and facilitated in the context of rehabilitation and health.

Keywords: treatment satisfaction, adherence, long-term care, rehabilitation, depression, hope

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I- Fatores determinantes no processo de reabilitação dos pacientes: Uma revisão bibliográfica.....	5
Benefícios da satisfação com o tratamento.....	5
Importância da adesão no contexto da saúde e fisioterapêutico.....	9
O papel da esperança em contexto de reabilitação.....	18
O impacto da depressão em contexto de reabilitação.....	24
O presente estudo.....	29
Capítulo II- Método.....	30
Objetivos e questões de investigação.....	30
Participantes.....	31
Instrumentos.....	33
Procedimentos.....	37
Resultados.....	38
Discussão.....	42
Conclusão.....	49
Referências.....	51
Anexos.....	67

Lista de Abreviaturas

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CSQ-18B- Client Satisfaction Questionnaire-18B

DGS- Direção Geral de Saúde

HHI- Herth Hope Index

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

PHQ-9- Patient Health Questionnaire-9

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIRAS- Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

Nas últimas décadas, Portugal tem registado alterações demográficas marcadas particularmente pelo envelhecimento da população (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). O Instituto Nacional de Estatística (INE) estima que a população idosa, em comparação com a população jovem, poderá redobrar de 159,4 para 291,0 idosos por cada 100 jovens, entre 2018 e 2080. Este cenário demográfico, aumento considerável do envelhecimento e diminuição da natalidade, já se tem vindo a observar há muito tempo, tanto em Portugal como na Europa (INE, 2019). À medida que a população envelhece fica exposta a problemas de saúde crónicos e complexos, sendo necessário criar uma ação de saúde pública, de forma a garantir um envelhecimento saudável a estas pessoas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Além do mais, tal como aludem Suzman et al. (2015), estes consideráveis aumentos das condições crónicas estão frequentemente correlacionados com maiores incapacidades nos indivíduos em idades avançadas. Consequentemente, estas alterações desencadearam não só a criação de estratégias para a atuação adequada junto desta população, mas também o desenvolvimento de respostas de apoio a estas pessoas em situação de dependência (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). Nesta sequência, foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, com o objetivo de prestar cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência (Decreto de lei 101/2006 de 6 de junho). Ainda que a RNCCI inclua todos os indivíduos independentemente da idade, pode-se verificar que a rede é maioritariamente constituída por idosos com mais de 65 anos de idade (Polisaitis & Malik, 2019). Em decorrência desta situação, do aumento da população idosa com incapacidades funcionais, alguns autores têm salientado a importância do investimento na RNCCI (Martins et al., 2018; Petronilho et al., 2017).

Segundo o Instituto da Segurança Social, I.P. (2019), os cuidados continuados integrados têm como objetivo a promoção da autonomia e recuperação do funcionamento do

indivíduo através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social. Em paralelo, Intiso et al. (2012) demonstram que a reabilitação assume um papel fulcral na neutralização das incapacidades e na melhoria das habilidades, sendo que o principal objetivo nestas intervenções são a preservação da mobilidade independente e das atividades de vida diárias dos indivíduos. A reabilitação pode, deste modo, contribuir para a recuperação da função física e mental, assim como para a qualidade de vida desta população idosa (Cheng et al., 2012). Como sugerido por Van Leuven (2012), em resposta a esta realidade, encontrar estratégias para promover a saúde e minimizar as fragilidades será cada vez mais necessário e essencial, averiguando pontos fortes e obstáculos nos planos de saúde propostos para esta população idosa. Neste seguimento, a Unidade de missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011) salienta a necessidade de ter em atenção as perceções dos indivíduos (e.g., atitudes, emoções, nível de motivação, crenças) pois estas podem criar obstáculos à participação e conseqüente recuperação das pessoas. Ressalta ainda que, quando os indivíduos estão motivados de forma positiva para os cuidados, a adesão aos planos propostos é maior, o que levará a significativos ganhos em saúde.

Neste sentido, o presente estudo pretende avaliar a satisfação com o tratamento nos pacientes inseridos numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), bem como o seu nível de adesão à fisioterapia, percebendo ainda de que forma a esperança e a sintomatologia depressiva se associam a estas dimensões.

No que concerne à satisfação com o tratamento, e para uma maior assimilação deste constructo, pode-se destacar uma definição concetual apresentada por Linder-Pelz (1982) que caracteriza a satisfação do paciente como sendo uma avaliação individual positiva de diversas dimensões dos cuidados de saúde. Torna-se fundamental que os pacientes se sintam satisfeitos pois possivelmente responderão aos tratamentos de forma mais positiva, com menos contratempos e, conseqüentemente, precisarão de menos recursos e de um menor tempo despendido no processo de tratamento (Press, 2006). Por sua vez, e no que diz respeito à adesão

ao tratamento, assim como mencionam os autores Haskard-Zolnierek e Williams (2014), esta é definida como o grau ao qual a conduta de um paciente coincide com a recomendação de um profissional de saúde. Assim, e conforme mencionam Sanguin e Vizzotto (2007), quando os pacientes conseguem perceber as vantagens em seguirem as indicações dos profissionais de saúde e as implementam de acordo com estas indicações, significa que demonstram elevada adesão ao tratamento proposto. Relativamente à esperança, tal como salienta Van den Heuvel (2020) já tem sido historicamente um estudo de interesse, porém eram essencialmente filósofos e teólogos a estudar este tema. Segundo este mesmo autor, só nas últimas décadas é que se pôde assistir a outras ciências (embora com proeminência da psicologia positiva) a aprofundarem o estudo sobre a esperança e a contribuírem para a compreensão da mesma como uma fonte de estimulação para o comportamento humano e para o desenvolvimento saudável. Assim, a promoção da esperança pode ser crucial sobretudo nas UCCI pois propicia nos pacientes uma sensação de bem-estar, assim como citam os autores Martins et al. (2017). Por seu turno, torna-se também essencial considerar a depressão. Segundo Gilbert (2017), a depressão, para além de ser um problema de saúde mental recorrente, também é considerado um dos mais graves em termos de saúde pública, assumindo uma prevalência aumentada na população adulta mais velha e em maior proporção nas mulheres (OMS, 2017). Não obstante, a DGS alerta para as consequências mais graves da depressão, ou seja, a ideação suicida ou até mesmo a consumação do suicídio. Nesta dimensão, verifica-se que em Portugal o suicídio é um problema particularmente acentuado nas pessoas mais velhas e do género masculino, frequentemente correlacionado com a ocorrência de doenças crónicas incapacitantes e com a solidão (DGS, 2017b).

Em suma e mediante o exposto, pretende-se com este estudo explorar os constructos em análise (satisfação com o tratamento, adesão à fisioterapia, esperança e depressão), descobrir possíveis relações e, conseqüentemente, contribuir para melhorar futuras

intervenções realizadas com os pacientes inseridos nestas unidades de reabilitação, dado que, são escassas as investigações nesta área e com esta população em específico, algo a que este estudo procura contribuir. Tudo isto através do fornecimento aos profissionais de saúde de informações com base na presente investigação, que possam ser úteis para que os pacientes obtenham melhores resultados no processo de reabilitação.

Capítulo I- Fatores determinantes no processo de reabilitação dos pacientes: Uma revisão bibliográfica

Neste capítulo apresenta-se uma revisão bibliográfica realizada relativamente aos constructos em análise no presente estudo, demonstrando, assim, a importância dos mesmos perante o processo de reabilitação dos pacientes.

Benefícios da satisfação com o tratamento

Segundo Williams (1994), a satisfação do paciente tem sido encarada como uma condição imprescindível no contexto da saúde a partir do momento em que começou a ser correlacionada com a adesão do paciente. Uma vez que um resultado clínico positivo depende da adesão e, conseqüentemente, esta adesão provém da satisfação do paciente. Como explana o autor, esta conduta colaborou para que os profissionais de saúde reconhecessem as perspectivas dos pacientes como essenciais (Williams, 1994). Nesta perspectiva, torna-se fundamental salientar a necessidade de desenvolver uma medida padronizada de avaliação da satisfação, de forma a avaliar a satisfação geral dos pacientes com os serviços, assim como sugerem os autores Larsen et al. (1979). Por esse mesmo motivo, os autores desenvolveram um questionário de satisfação do cliente (CSQ) para dar resposta às lacunas de medição da satisfação do paciente com os serviços de saúde e humanos. Conforme indica Press (2006), quando se pretende melhorar a satisfação do paciente está-se a fazer alusão sobre como aprimorar a experiência do cuidado, de forma a conquistar uma avaliação mais positiva por parte do paciente. Para além disso, a satisfação do paciente permite, ainda, detetar falhas no processo de cuidado e, conseqüentemente, melhorar os serviços prestados (Fitzpatrick, 2007). Neste contexto, Custer et al. (2015) sugerem que a satisfação se encontra associada às expectativas do paciente e ao ambiente bem como às condições vivenciadas, ou seja, se existir

coesão entre as expectativas do indivíduo e os contextos do serviço, existirá maior probabilidade de que este se sinta satisfeito. Ainda em consonância com estes autores, e mediante o apresentado, torna-se claro que apenas os pacientes são capazes de compreender e comunicar a satisfação que sentem (Custer et al., 2015), pelo que se torna essencial recolher a sua perspetiva. Face ao exposto, compreende-se a pertinência de ter em consideração este constructo no contexto da saúde em virtude da obtenção de uma atitude mais participativa e colaborante por parte do paciente, com provável efeito positivo no resultado final (Press, 2006). A avaliação da satisfação do paciente deve ainda ser integrada nos contextos de saúde, tal como sugerem os autores Leung et al. (2018), visto que permite identificar aspetos que interferem com a satisfação e, por conseguinte, auxiliar a equipa a aperfeiçoar as suas funções e cuidados prestados, inclusive nos campos que são significativos para os pacientes.

De acordo com Webb e Gearing (2020), é fundamental que os pacientes se mantenham satisfeitos com o tratamento realizado e com os profissionais que os acompanham, pois só dessa forma é que permanecerão empenhados em seguir o tratamento prescrito. Estes autores defendem ainda que, para intensificar a motivação do paciente com o tratamento, é necessário, por parte dos profissionais de saúde, a demonstração de curiosidade em perceber o que os pacientes esperam dos respetivos tratamentos, bem como dos relacionamentos com os profissionais (Webb & Gearing, 2020). Até ao momento, a literatura tem prestado especial atenção ao impacto da interação e comunicação dos profissionais de saúde na satisfação dos pacientes.

A título de exemplo, num estudo efetuado com pacientes que foram sujeitos a internamento em clínicas de reabilitação, os autores Plewnia et al. (2016) constataram que, efetivamente, a associação mais forte com o nível de satisfação do paciente foi a tomada de decisão e a comunicação, tendo sido estes fatores detetados como preditores de um maior estado de saúde e bem-estar dos indivíduos. Paralelamente, o cuidado centralizado no paciente

também estava associado a melhores resultados do tratamento. Por seu turno, num estudo qualitativo produzido numa população idosa em reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC), os autores Mangset et al. (2008) identificaram a sensação de ser tratados com respeito e dignidade enquanto indivíduos como a condição principal que influenciava a satisfação dos pacientes entrevistados. Os autores dividiram ainda esta categoria em cinco outras subcategorias que se demonstraram fulcrais para a satisfação dos pacientes com o serviço de reabilitação, segundo a perspetiva destes participantes, tais como serem tratados com humanidade, terem a autonomia respeitada, manterem diálogo e troca de informações, terem confiança na equipa e serem reconhecidos como indivíduos. O fator que mais se associou a esta última subcategoria, ou seja, a perceção de serem reconhecidos como pessoas, foi a satisfação demonstrada pelo paciente com a fisioterapia (Mangset et al., 2008).

De forma mais específica, um estudo concebido por Leung et al. (2018) investigou quais os fatores relacionados com a satisfação geral com os respetivos serviços de fisioterapia, numa amostra de familiares e pacientes com lesão cerebral. Esta investigação evidenciou que a qualidade da interação (comunicação e compreensão) era um fator primordial para a satisfação não apenas dos pacientes, mas inclusive dos seus familiares. Contudo, a quantidade de terapia recebida demonstrou ser a condição com mais interferência na satisfação geral dos pacientes. Além disso, a satisfação com o atendimento e as perceções da melhoria funcional também foram identificados como fatores cruciais na satisfação com a fisioterapia (Leung et al., 2018). Por sua vez, este estudo não identificou a presença de problemas de saúde mental ou comportamental com influência na satisfação.

Adicionalmente, Pegg et al. (2005) realizaram um estudo numa população com lesão cerebral traumática e salientaram a importância das informações médicas individualizadas e minuciosas dadas aos pacientes acerca das suas lesões como uma prática positiva para os resultados de satisfação com o tratamento. Neste estudo, os doentes que tinham recebido esta

informação personalizada executaram as terapias com maior motivação e relataram maior satisfação com o tratamento de reabilitação. Consequentemente, concretizaram os objetivos propostos com sucesso, estavam no geral satisfeitos relativamente à comunicação estabelecida com os profissionais de saúde e com a experiência de reabilitação (Pegg et al., 2005). Diante o exposto, é possível constatar a importância da troca de informação entre profissionais de saúde e pacientes visto que informação gera confiança e reforça o compromisso do paciente pelo seu próprio cuidado (Press, 2006).

Por outro lado, um outro estudo realizado por Luthy et al. (2017) avaliou a satisfação dos pacientes numa enfermaria de reabilitação médica intensiva. Neste estudo foi pedido à equipa do grupo de intervenção que realizasse a ronda ao lado do paciente ao invés de o fazerem apenas no corredor, explicando dessa forma os objetivos do tratamento e do internamento hospitalar. Os autores detetaram que, no grupo que realizou a ronda junto dos doentes, registou-se uma significativa melhoria da satisfação dos pacientes com o serviço, mediante a oportunidade de receberem informações acerca do seu estado de saúde e objetivos terapêuticos bem como com o benefício de analisarem os tratamentos e tomarem decisões em conjunto (Luthy et al., 2017). Para concluir, um diferente estudo, conduzido por Quaschnig et al. (2013) em pacientes internados em clínicas de reabilitação, demonstrou que a empatia influenciava a satisfação do paciente e aceitação do tratamento; porém, o maior preditor de satisfação/adesão do paciente e aceitação do tratamento foi a interação com a equipa. Perante os estudos mencionados, e assim como salienta o autor Fitzpatrick (2007), é possível constatar que a comunicação dos profissionais de saúde, assim como a capacidade de revelarem sensibilidade perante as preocupações dos pacientes, são fatores que têm um impacto extremamente positivo na satisfação do paciente. Simultaneamente, a realização de uma reabilitação psicossocial, que permita ao paciente receber tratamento psicológico ou educação para uma maior assimilação da doença, conduz a uma maior satisfação dos pacientes para com a sua reabilitação e, para

além disso, os indivíduos revelam-se ainda mais seguros no momento da alta, tal como referem Würgler et al. (2012), numa investigação realizada em pacientes que se encontravam em reabilitação cardíaca. Um estudo de Ali et al. (2017), concebido de igual forma com uma população de reabilitação cardíaca, demonstrou ainda que uma maior satisfação dos pacientes estava significativamente correlacionada com uma maior adesão ao tratamento. No momento da alta, estes pacientes revelavam também um maior estado funcional e maior nível de atividade física, bem como menores sintomas depressivos, resultados estes que se mantiveram mesmo após um ano de seguimento.

Mediante os estudos apresentados, torna-se perceptível a vantagem de se avaliar e valorizar o nível de satisfação dos pacientes nos contextos de saúde, inclusive na reabilitação. Assim, como salienta o autor Press (2006), um paciente que apresente uma alta satisfação estará possivelmente mais satisfeito com os cuidados gerais, menos stressado, confiará mais na equipa e, fundamentalmente, poderá estar mais participativo. Em contraste, pacientes insatisfeitos podem aderir menos aos planos de tratamento e, em consequência disso, apresentarem uma pior saúde (Fitzpatrick, 2007). Por sua vez, pacientes satisfeitos terão maior probabilidade de responderem aos tratamentos de forma envolvida, assertiva e positiva, deparando-se com menos obstáculos e, como resultado disso, provavelmente necessitarão de menos recursos e de um menor tempo despendido no processo de tratamento (Press, 2006).

Importância da adesão no contexto da saúde e fisioterapêutico

De acordo com a OMS (2003), a realização de intervenções de forma a eliminar os obstáculos à adesão devem ser consideradas como indispensáveis, nos esforços praticados para melhorar a saúde da população a nível mundial. Como ilustram Reiners et al. (2008), a não adesão ao tratamento é um problema que os profissionais de saúde testemunham com muita

frequência nos seus pacientes, uma vez que os doentes sentem regularmente dificuldade em seguirem os tratamentos propostos de forma metódica, apresentando uma contínua resistência em alcançar atitudes de adesão ao tratamento. Para além disso, como sugerem os autores Clay e Hopps (2003), a baixa adesão aos tratamentos em contextos de reabilitação tem-se tornado, historicamente, um problema significativo e com custos associados. Por sua vez, e conforme elucidado por Sanguin e Vizzotto (2007), na adesão ao tratamento, os pacientes conseguem compreender os benefícios de seguirem as recomendações dos profissionais de saúde e aderem ao tratamento sugerido. Nesta sequência, importa salientar os autores Kolt et al. (2007) que sugerem o uso do instrumento *Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale* (SIRAS) para avaliar a adesão clínica à reabilitação fisioterapêutica no caso de pacientes com lesões músculo-esqueléticas. Apesar deste instrumento ter sido desenvolvido no contexto de lesões decorrentes da prática desportiva, estes autores recomendam a sua utilização pelos médicos, por exemplo no contexto da reabilitação clínica fisioterapêutica, para que possam pôr em prática estratégias adequadas com os indivíduos que não estão a conseguir aderir à reabilitação proposta. Apesar deste instrumento ter sido inicialmente elaborado para avaliar a adesão à reabilitação para as lesões relacionadas com o desporto, no estudo inicial de Kolt et al. (2007), os autores demonstraram que o mesmo é uma medida psicometricamente consistente, podendo ser utilizada na reabilitação clínica de lesões músculo-esqueléticas (Kolt et al., 2007).

Adicionalmente, e ainda de forma a contribuir para uma maior adesão dos pacientes, Clay e Hopps (2003) propõem o conceito acomodação para o tratamento, para que os profissionais de saúde tenham em consideração esta abordagem ao planearem as suas intervenções, procurando adequar os tratamentos aos estilos de vida idiossincráticos, e às limitações apresentadas pelos pacientes ou respetivas famílias. Este constructo poderá contribuir particularmente para uma maior adesão dos pacientes, através da boa comunicação, da psicoeducação, da cooperação e da utilização de uma abordagem multidisciplinar (Clay &

Hopps, 2003). Torna-se ainda fundamental destacar o modelo *Information-Motivation-Strategy Model* (IMS MODEL) uma vez que o mesmo assume uma enorme pertinência no apoio aos profissionais de saúde, auxiliando-os na aquisição de conhecimentos e compreensão de como melhorar e promover uma maior adesão dos pacientes (DiMatteo et al., 2012). Em particular, este modelo de adesão à terapêutica pretende explicar quais são os elementos principais relacionados com a adesão. Nesta modelo, destacam-se três componentes chave: 1) informação (permite que os pacientes adquiram os conhecimentos necessários sobre o tratamento e que percebam como completá-los mas, para se atingir esse fim, é necessário existir uma comunicação eficaz entre o profissional e o paciente); 2) motivação (importância em auxiliar/motivar os pacientes a confiarem na eficácia do tratamento planeado e a comprometerem-se com o tratamento para que, posteriormente, sejam capazes de manifestar comportamentos de adesão); e, por último, 3) implementação de estratégias (de forma a apoiar os pacientes a ultrapassarem os obstáculos que possam surgir e, conseqüentemente, impedir que os mesmos interfiram na adesão ao tratamento) (DiMatteo et al., 2012). Em suma, este modelo salienta ainda a importância da existência de relações eficazes de modo a informar, motivar e delinear estratégias com os pacientes (DiMatteo et al., 2012).

No que concerne aos modelos teóricos existentes, capazes de apoiar os fisioterapeutas a promover uma maior adesão dos pacientes e após uma análise crítica da literatura, consegue-se compreender que existem diversos modelos a serem utilizados e/ou investigados. De forma mais específica, os autores McGrane et al. (2014) destacam quatro teorias que podem ser utilizadas como estratégias psicológicas na prática dos fisioterapeutas de modo a estimular a mudança de comportamento nos pacientes e, conseqüentemente, conduzi-los a uma maior adesão ao tratamento.

A primeira teoria apresentada é a *Self-determination Theory* (SDT), sendo que os autores sugerem o uso desta teoria pelos fisioterapeutas de forma a aprimorar a compreensão

dos pacientes para os benefícios da atividade física, apoiar a autonomia dos pacientes, a competência, assim como o relacionamento estabelecido entre fisioterapeutas e pacientes. A segunda teoria é a *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT), realçando-se que esta teoria se foca no presente e pode ser benéfica na utilização pelos fisioterapeutas, sobretudo nas situações em que os pacientes querem mudar o comportamento, mas existem barreiras. Assim, mediante a utilização de uma perspectiva cognitivo-comportamental, os fisioterapeutas são capazes de auxiliar os pacientes a identificar objetivos comportamentais, bem como a planejar estratégias para atingi-los. A terceira teoria salientada é a *Social Cognitive Theory* (SCT) que, segundo os autores, pode ser aplicada pelos fisioterapeutas com base nos seus cinco princípios fundamentais. Com o objetivo de educar os pacientes sobre as vantagens e riscos da prática dos exercícios, informá-los sobre os resultados que são expectáveis, aumentar a autoeficácia e identificar barreiras e criar planos para que os pacientes possam conquistar as metas de saúde. Por último, os autores mencionam a teoria *Motivational Interviewing* (MI), sugerindo que esta deverá ser utilizada com os pacientes que demonstram dificuldades em ser mais participativos. Segundo este modelo, os fisioterapeutas devem empenhar-se em aceitar os pacientes, sempre com empatia e compaixão, utilizar perguntas abertas e saber escutar (McGrane et al, 2014). Em suma, e conforme citam estes autores, para que seja possível modificar as percepções dos pacientes em relação à prática fisioterapêutica é preciso que os fisioterapeutas apoiem a autonomia, fomentem a comunicação e o ambiente empático, estimulem a autoeficácia e colaborem no planeamento de estratégias e metas.

Perante este enquadramento, é possível constatar a importância da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes de modo a motivá-los à adesão. Conforme salientam DiMatteo et al. (2014), por vezes os pacientes não aderem uma vez que não têm disponíveis os conhecimentos ou recursos que necessitam para poderem seguir o tratamento prescrito, de um modo adequado. Estas limitações acontecem regularmente, mediante a ocorrência de uma má

comunicação sobre o tratamento, falta de conhecimentos sobre a doença (ou capacidades de a compreender) e a condição da doença do paciente (DiMatteo et al., 2014). Alguns estudos têm demonstrado esta situação, como é o exemplo da investigação realizada por Restrepo e Ochoa (2019). Neste estudo, os autores constataram que as relações comunicativas que os participantes vivenciavam eram fundamentais para a aquisição de motivação e atribuição de um significado positivo ao tratamento. Por sua vez, a existência de barreiras de comunicação conduzia os indivíduos à perda do sentido do tratamento. Ainda de acordo com estes autores, as pessoas vivenciam a perda do sentido do seu tratamento, a nível psicoemocional e cognitivo, por experienciarem a descrença e o receio, em consequência de encontros comunicativos inadequados. Em suma, os autores salientam ainda que a ausência de autocuidado, e a falta de adesão dos pacientes estão frequentemente relacionadas com as dúvidas que experienciam e não são capazes de as resolver por falta de suporte ou recursos (Restrepo & Ochoa, 2019). Um estudo diferente, realizado por Howard e Gosling (2008) evidenciou nos participantes que uma maior taxa de adesão aos exercícios de reabilitação parecia estar associada a uma maior compreensão, colaboração e comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes. Neste estudo os autores sugerem, ainda, que as experiências positivas relacionadas com a obtenção de feedback podem correlacionar-se significativamente com a adesão (Howard & Gosling, 2008). Desta forma, pode-se concluir que a qualidade da relação existente entre profissional de saúde e paciente pode motivar a adesão; contrariamente a existência de problemas nestas ligações pode conduzir à não adesão dos pacientes (Hall & Roter, 2011). Conforme mencionam Hall e Roter (2011), a comunicação está associada a fatores proximais importantes que podem influenciar os resultados de saúde apresentados pelos pacientes. Deste modo, a presença de uma comunicação positiva entre profissionais de saúde e pacientes é necessária para se conseguir alcançar uma prática clínica eficaz (OMS, 2003).

Em síntese, e mediante os estudos e argumentos apresentados, compreende-se a importância de considerar a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e pacientes, bem como a recolha da perspectiva/avaliação dos pacientes, como um instrumento valioso a ser utilizado para potenciar o êxito da reabilitação, tal como sugerem Subtil et al. (2011).

No que diz respeito às causas da adesão (ou não adesão) ao tratamento, Sanguin e Vizzotto (2007) realizaram um estudo onde foi possível verificar que os motivos da não adesão ao tratamento fisioterapêutico pós-operatório estavam muito associados a fatores motivacionais, emocionais, afetivos e relacionais. Portanto, como elucidam os autores, os pacientes que não aderiam não demonstravam qualquer sensibilidade em relação à doença, negando a mesma. Por seu turno, os pacientes que sentiam medo da doença e da possível morte motivavam-se mais facilmente para a adesão (Sanguin & Vizzotto, 2007). Um outro estudo realizado por Subtil et al. (2011) demonstrou, da mesma forma, que os fatores emocionais eram restritivos da adesão ao tratamento fisioterapêutico. Ainda neste estudo, o relacionamento entre o paciente e o fisioterapeuta também se revelou essencial para o paciente aderir ao tratamento e, conseqüentemente, obter sucesso na sua reabilitação. Adicionalmente, Kurita e Pimenta (2004) alegam que os fatores emocionais, sociais e cognitivos podem influenciar na adesão ao tratamento; por contraste, a não adesão pode piorar a doença do paciente e a sua qualidade de vida.

Neste sentido, torna-se pertinente mencionar um estudo exploratório realizado por Lequerica et al. (2009), onde exploraram as perspectivas dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais relativamente aos fatores que podem interferir e facilitar o envolvimento dos pacientes nas terapias. Estes autores conseguiram identificar o medo da dor, o humor deprimido e a presença de problemas cognitivos como as principais barreiras que afetavam negativamente a adesão terapêutica dos pacientes. Por seu turno, algumas das práticas mencionadas pelos

terapeutas para intensificar o envolvimento dos pacientes foram: a) tornar as tarefas da terapia significativas e direcionadas para um objetivo; b) fornecer educação aos pacientes sobre a utilidade da terapia correlacionando-a com os objetivos pessoais de cada paciente e mencionando os benefícios da realização de terapia assim como os riscos associados da não adesão à mesma; c) a criação de um ambiente terapêutico positivo, possibilitando o surgimento de conversas sobre as esperanças e preocupações do paciente; d) permitir que o paciente seja um elemento ativo na terapia e, por fim, e) adaptar o tratamento às capacidades dos pacientes, estabelecendo metas realistas. Similarmente aos estudos anteriores, é possível detetar neste estudo fatores pessoais (estado emocional do paciente, crenças ou atitudes) e ambientais (natureza da terapia, comportamento dos terapeutas e envolvimento da família) relatados pelos terapeutas com efeitos na adesão dos pacientes. Em conclusão, os autores do estudo salientam a importância de refletir sobre os fatores contextuais da pessoa bem como do ambiente, quando surge o tópico da adesão durante o processo de reabilitação do paciente (Lequerica et al., 2009).

Importa salientar ainda um estudo no qual os autores Chan et al. (2009) constataram que o apoio dos fisioterapeutas à autonomia dos pacientes tinha uma relação positiva com a adesão à reabilitação; ou seja, a motivação para o tratamento autónomo parecia ser adaptativa e contribuir para a adesão, enquanto a motivação controlada causava desajustamento. Portanto, tal como sugerem os autores, é fulcral que os profissionais de saúde estimulem os indivíduos no sentido de uma motivação autónoma de forma a promover a adesão (Chan et al., 2009).

A adesão dos pacientes pode ainda ser afetada através de vários fatores como a negação da doença (Ramanathan-Elion et al., 2016); funcionamento psicológico afetado (Glazer et al., 2002); fatores sociodemográficos, personalidade e crenças de saúde (Hall & Roter, 2011). Para além destas condições, alguns estudos têm demonstrado o impacto negativo da depressão na adesão dos pacientes. A título de exemplo, um estudo realizado com pacientes em reabilitação cardíaca demonstrou o efeito negativo da depressão. Assim, os pacientes que apresentavam

este diagnóstico eram menos predispostos a aderir às sessões de exercícios, tinham maior probabilidade em abandonar o processo de reabilitação e expunham mais sintomas (Glazer et al., 2002). Paralelamente, os autores de um outro estudo apontam que a depressão pode prejudicar o processo de reabilitação e o sucesso dos resultados dos pacientes. Além disso, níveis mais altos de depressão podem também prejudicar a preservação de uma atitude positiva em relação ao envolvimento na reabilitação (Ramanathan-Elion et al., 2016). Por este motivo, conforme indicam os autores Haskard-Zolnierek e Williams (2014), torna-se indispensável a realização da triagem das doenças mentais nos contextos de saúde, principalmente nos pacientes que se encontram em risco acrescido de apresentar depressão assim como outros transtornos. Estes autores recomendam, ainda, que as pessoas com historial de diagnóstico de transtorno de saúde mental deveriam carecer de uma maior supervisão pela equipa de saúde, de forma a aprimorar o tratamento e a adesão do paciente.

Alguns autores têm vindo a descrever a importância da presença de determinadas variáveis capazes de provocar um impacto positivo na adesão. Assim, como salientam Howard e Gosling (2008), uma atitude positiva, um maior nível de educação e experiências anteriores positivas em relação à saúde predizem uma maior adesão dos pacientes aos programas de reabilitação. Adicionalmente, Ramanathan-Elion et al. (2016) realizaram um estudo onde foi possível analisar a presença de determinadas variáveis facilitadoras, com possibilidade de desempenhar um papel central na adesão dos indivíduos ao processo de reabilitação. De acordo com os autores, estas são a existência de esperança, o afeto positivo e a descoberta dos benefícios; ou seja, quando os pacientes compreendem que as dificuldades contínuas podem prejudicar o funcionamento da vida diária e os seus objetivos de vida. No entanto, verificaram que apenas o afeto positivo parecia gerar uma contribuição significativa. Os autores Coppack et al. (2012) concretizaram ainda uma investigação onde conseguiram comprovar a eficácia da realização de uma intervenção de definição de metas num ambiente clínico de reabilitação.

Estes autores conseguiram evidenciar através dos resultados obtidos que o estabelecimento de metas promovia a adesão dos pacientes, assim como proporcionava efeitos positivos na eficácia do tratamento e na autoeficácia dos indivíduos. Este estudo demonstrou ainda a importância do profissional de saúde esclarecer os benefícios do tratamento, uma vez que pareceu potencializar a adesão dos indivíduos (Coppack et al., 2012). Nesta perspectiva, Hall e Roter (2011) sugerem que o termo adesão indica que o paciente é capaz de se comprometer em comportamentos significativos para metas que foram autoestabelecidas, bem como para metas que foram estabelecidas em conjunto com os profissionais de saúde.

Por fim, é de realçar a importância da adesão dos pacientes, não apenas no contexto de reabilitação, mas inclusive nos exercícios após a alta hospitalar. Neste sentido Miller et al. (2017) realizaram um estudo em indivíduos que haviam completado a reabilitação formal pós-AVC. O objetivo do estudo consistiu na exploração dos níveis de adesão dos pacientes ao programa de exercícios em casa proposto pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. O principal motivo da não adesão foi a presença de fadiga (Miller et al., 2017). Face a esta situação, os autores ressaltam a importância dos terapeutas desempenharem o papel de educadores durante a reabilitação dos pacientes, de forma a promover a conscientização e a adesão aos exercícios após o momento da alta, assim como facilitar a transição dos exercícios dirigidos por estes para os exercícios autogeridos pelos pacientes, através da educação orientada pelos terapeutas. Conforme mencionam estes autores, torna-se crucial que os pacientes tenham elevadas taxas de adesão ao programa de exercícios em casa de modo a proporcionar a máxima recuperação dos mesmos (Miller et al., 2017).

Em suma, pode-se observar que a não adesão pode provocar diversos impactos negativos, podendo inclusive prolongar os tratamentos, provocar custos adicionais ao sistema de saúde, maior sofrimento dos pacientes ou até mesmo a morte (DiMatteo et al., 2014). Além disso, pode ainda potencializar problemas médicos/psicossociais da doença e diminuir a qualidade

de vida dos pacientes (OMS, 2003). Por outro lado, a adesão parece provocar efeitos positivos na saúde, uma vez que estimula a autoeficácia dos indivíduos e, conseqüentemente, promove um comportamento saudável (DiMatteo et al., 2014). Em face do exposto, compreende-se o benefício de ter em consideração o processo de adesão nos contextos de saúde, principalmente, de forma a contornar o problema da existência de uma escassa intervenção nas dificuldades de adesão, uma vez que esta condição tem sido menosprezada pelos profissionais de saúde, tal como indica a OMS (2003).

O papel da esperança em contexto de reabilitação

De acordo com a OMS (2003), existem alguns fatores relacionados com o paciente que afetam a adesão do mesmo, dos distintos inumerados por esta organização, pode-se encontrar a desesperança e os sentimentos negativos. Por este mesmo motivo, pode-se pressupor que talvez se torne importante considerar a esperança no contexto da reabilitação, uma vez que a mesma pode, possivelmente, influenciar a adesão dos pacientes.

Posto isto, é possível destacar particularmente duas teorias relativamente à esperança, uma apresentada por Snyder (1995), que retrata a mesma com base em processos cognitivos, com duas conjunturas fundamentais, uma delas (*agency*) a motivação para atingir objetivos; e outra (*pathways*) a capacidade de descobrir e estabelecer caminhos para alcançar esses objetivos. Uma segunda teoria é defendida por Averill et al. (1990) que apresentam a esperança como uma emoção e não uma cognição, utilizando o termo cognição apenas como sinónimo de racional. No entanto, para estes autores a esperança não é racional mas sim emocional, complicada de controlar, não cognitiva e com capacidade de promover o comportamento. Apesar destas duas teorias, e como constatam Gallagher e Lopez (2018), Snyder para além de

pioneiro dentro da psicologia positiva, foi o maior responsável pela expansão da teoria da esperança, pelo que a sua teoria permanece um pilar no estudo da esperança na psicologia.

Como exemplo disso, Elliott et al. (1991) concretizaram um estudo com base na teoria de Snyder. Incluíram pessoas com incapacidades físicas traumáticas graves e constataram que os indivíduos com níveis mais altos de esperança experienciavam níveis mais baixos de depressão e comprometimento psicossocial. Adicionalmente, Zapata (2020) efetuou um estudo igualmente com base na teoria do autor anteriormente mencionado, inserindo na sua investigação pessoas adultas com incapacidades físicas. Constatou que a *agency* (agência) previa maior aceitação e afirmação da incapacidade e, por sua vez, *pathways* (caminhos) previam apenas maior aceitação e não afirmação da incapacidade. Para além disso, os pacientes que apresentavam mais do que uma incapacidade tinham um pensamento de agência mais baixo, ou seja, manifestavam menos motivação em direção aos objetivos, ao invés de criarem estratégias para conseguirem alcançá-los. O autor salienta, por fim, a importância de os indivíduos apresentarem uma identidade positiva da incapacidade pois estava correlacionada com um maior bem-estar dos mesmos (Zapata, 2020).

Neste contexto, Hirsch et al. (2011) realizaram um estudo, tendo por base esta mesma teoria de Snyder, onde constataram que adultos mais velhos com maiores níveis de esperança manifestavam menos sintomas depressivos no contexto do declínio funcional e ainda, a capacidade destes indivíduos gerarem objetivos (*agency*) e apresentarem soluções para cumprirem esses mesmos objetivos (*pathways*), proporcionava um melhor funcionamento na saúde dos indivíduos. Mediante o exposto, é importante salientar que a população idosa apresenta com frequência declínios na saúde física e no funcionamento cognitivo o que, conseqüentemente, pode fragilizar a sua capacidade para planear e alcançarem os seus objetivos (Cheavens & Gum, 2000). Assim, Cheavens e Gum (2000) defendem a importância do papel da esperança nos objetivos da população idosa. Conforme elucidam estes autores, os

idosos mais esperançosos apresentam maior probabilidade em conseguirem planejar caminhos para sustentar os seus objetivos como, por exemplo, a manutenção da saúde. Por sua vez, pessoas idosas com menos esperança encaram esses objetivos como incertos ou até mesmo inexecutáveis. Estes autores ressaltam, ainda, a importância de se preservar nesta população a habilidade de conceberem os objetivos pretendidos e utilizarem *agency* (agência) e *pathways* (caminhos) para conseguirem completá-los (Cheavens & Gum, 2000).

A influência e os benefícios da esperança nesta população são ainda salientados por Gum (2018). De acordo com este autor, as pessoas mais esperançosas apresentam geralmente melhor bem-estar físico, mental e recursos de confronto (enfrentamento). Como consequência, vivem mais, possivelmente devido aos seus comportamentos positivos de saúde. Um estudo realizado por Long et al. (2020) constatou ainda nesta população que pessoas com níveis mais elevados de esperança tinham menos probabilidade de ter doenças crônicas ou, inclusive, de sentir dor crônica. Além disso, o aumento da esperança demonstrou estar correlacionado de forma positiva com as dimensões de bem-estar psicológico e social. Simultaneamente, Barnett (2014) realizou um estudo também com a população idosa onde a esperança surgia como preditiva de saúde mental e física. Em suma, este autor sugere que os profissionais de saúde poderiam beneficiar com a avaliação da esperança ao intervir com pessoas mais idosas, quiçá no sentido de potencialmente prevenir o resultado dos tratamentos previstos.

No que concerne às lesões físicas, nem todas as pessoas conseguem preservar a motivação e esperança em alcançar os seus objetivos, devido às suas limitações (Rodriguez-Hanley & Snyder, 2000). Assim como citam Kortte et al. (2012), as doenças e as lesões podem provocar alterações no funcionamento físico e cognitivo dos indivíduos e, conseqüentemente, dificuldades a nível funcional e emocional afetando, desta forma, a capacidade de realizarem as atividades de vida diária. Por esse mesmo motivo, afirmam que a reabilitação é fulcral para diminuir o impacto das patologias na execução das atividades de vida diária e facilitar a

posterior realização com maior independência. Neste seguimento, Snyder et al. (2006) propõem o uso da teoria da esperança no contexto da reabilitação para auxiliar os indivíduos a lidarem com os obstáculos que possam surgir durante o processo de recuperação, facilitando este mesmo caminho. É notória a preocupação global que existe em torno da adesão ao tratamento e, como sugerem estes autores, os pacientes que apresentarem níveis altos de esperança serão mais recetivos às estratégias de intervenção propostas, contrariamente aos pacientes com níveis mais baixos de esperança que precisarão de mais motivação (Snyder et al., 2006).

Paralelamente, Kortte et al. (2012) constataram, num estudo realizado com pacientes em internamento para reabilitação, que os indivíduos com níveis mais elevados de esperança durante este processo expunham níveis mais altos de participação conforme a recuperação evoluía e apresentavam, ainda, maiores capacidades funcionais. O papel da esperança assume-se desta forma como benéfico, tal como demonstram os autores no fornecimento às pessoas de motivação e caminhos para atingirem os seus objetivos.

Por outro lado, e conforme aludem os autores Proserpio et al. (2015), os contextos hospitalares devem estruturar-se de forma a permitir que relações positivas surjam, uma vez que os relacionamentos positivos entre pacientes e profissionais de saúde promovem uma maior esperança. Neste sentido, Lawton et al. (2018) investigaram o papel da aliança terapêutica em pessoas com afasia pós-AVC, concluindo que o estabelecimento de uma aliança positiva tinha um efeito promissor no envolvimento e esperança dos pacientes. Estes mesmos autores sugerem ainda que os profissionais devem apostar no fortalecimento de uma relação terapêutica com base no respeito, na dignidade e na confiança, de forma a proporcionar o desenvolvimento de uma terapia eficaz.

Assim, a esperança assume ainda um papel fulcral quando associada à depressão, tal como demonstram os autores Brazeau e Davis (2018), num estudo realizado com pessoas em reabilitação devido a lesão da medula espinhal. Os pacientes que apresentavam maior esperança evidenciavam, conseqüentemente, uma melhoria visível nos sintomas depressivos, assim como no bem-estar subjetivo, nos relatos de dor e na reintegração. Estes autores realçam ainda que os sujeitos com menos esperança, apesar de exibirem bem-estar no centro de reabilitação, no momento em que voltavam para o domicílio, podiam evidenciar uma maior possibilidade em desistir dos seus objetivos perante as adversidades da vida independente, assim como maior dificuldade de reintegração e níveis de depressão (Brazeau & Davis, 2018). Similarmente, Dorsett et al. (2017) produziram uma investigação com pessoas em reabilitação devido à mesma lesão anteriormente referida, tendo sido possível constatar que os pacientes com maiores níveis de esperança demonstravam níveis mais baixos de depressão, assim como melhores resultados de ajustamento psicossocial, de autoestima e de satisfação com a vida. Conseqüentemente, estes autores apontam para a importância do desenvolvimento de estratégias que promovam a esperança nos contextos de reabilitação, pois podem desempenhar um efeito positivo no ajustamento dos pacientes. Sugerem, ainda, que os profissionais de reabilitação podem exercer um papel primordial em auxiliar os pacientes com lesões a restituir metas importantes e a descobrir caminhos para atingir essas mesmas metas, devolvendo-lhes assim um maior controlo e esperança em relação ao futuro (Dorsett et al., 2017). Um outro estudo realizado por Peleg et al. (2009) em indivíduos com lesão cerebral traumática demonstrou que aqueles que exibiam piores competências de confronto (enfrentamento), nomeadamente ao nível da esperança e do otimismo, eram mais predispostos a apresentarem idênticamente níveis mais altos de depressão após a lesão.

Conforme se pode constatar através da literatura, vários estudos têm focalizado a sua atenção no papel fulcral da esperança em contextos de lesões e doenças crónicas como, por

exemplo, em pacientes com cancro (Proserpio et al., 2015), lesões na medula espinhal (Brazeau & Davis, 2018; Dorsett et al., 2017), afasia após AVC (Bright et al., 2020; Lawton et al., 2018), fibromialgia/artrite e doença inflamatória intestinal (Hirsch, & Sirois, 2014), e na lesão cerebral traumática (Peleg et al., 2009). Mediante o exposto, considera-se benéfico avaliar e desenvolver a esperança como um método terapêutico a ser utilizado pelos profissionais de reabilitação, no sentido de impulsionar uma evolução positiva do tratamento de reabilitação (Snyder et al., 2006).

No que diz respeito, ao impacto da esperança na satisfação com os serviços de saúde, e conforme cita Makarem (2015), não existem ainda evidências empíricas. Contudo, o autor sugere que, tendo em consideração o impacto positivo da esperança noutros contextos, pode-se esperar que a mesma tenha um efeito benéfico na satisfação com o tratamento. Apesar do mencionado, é possível encontrar na literatura científica (ainda que de forma limitada) alguns estudos publicados após Makarem (2015) que procuram investigar o impacto da esperança na satisfação do paciente com os serviços de saúde, inclusive com o serviço de ambulatório para a saúde mental (Pauselli et al., 2018) e o serviço de psicoterapia (Sutton et al., 2018). Nestes casos, ambos os estudos demonstraram um impacto positivo da esperança com a satisfação dos indivíduos. No primeiro estudo foram avaliados diferentes preditores da satisfação do cliente, no qual, a esperança demonstrou ser um dos que desempenhava um impacto notável (Pauselli et al., 2018). Por seu turno, no segundo estudo, a esperança previa a satisfação do paciente com o tratamento e a possibilidade de voltar à psicoterapia, assim como o bem-estar geral e espiritual do mesmo (Sutton et al., 2018).

Em síntese, e conforme mencionam Soundy et al. (2014), sem esperança o motivo para um indivíduo continuar a sua reabilitação pode ser esquecido, sendo, por essa razão, fulcral que os profissionais de saúde reconheçam a esperança como um elemento primordial para a motivação do paciente. Uma vez que, como indicam Brazeau e Davis (2018), a esperança

possibilita às pessoas prosseguirem perante as adversidades, preservando a determinação em direção aos objetivos e identificando caminhos de forma a ultrapassar os contratemplos emergidos. Inclusive, nas UCCI a promoção de esperança é uma prática de enorme relevância visto que proporciona nos pacientes uma sensação de enorme bem-estar, tal como aludem os autores Martins et al. (2017). Para além disso e conforme mencionado anteriormente, a esperança deve ainda ser considerada na reabilitação pois assume um papel proeminente quando correlacionada com a depressão, tal como têm demonstrado alguns autores (Brazeau & Davis, 2018; Dorsett et al., 2017; Peleg et al., 2009).

O impacto da depressão em contexto de reabilitação

Segundo a OMS, estima-se que 300 milhões de pessoas na população mundial sofrem de depressão (OMS, 2017). Segundo Beck e Alford (2009), de um modo global, a depressão é um problema de saúde mental que se caracteriza por alterações no humor (apatia e tristeza marcada); a presença de um autoconceito negativo (desejos de morrer ou fugir); alterações vegetativas (alteração do apetite ou sono); e, por fim, alteração no grau de atividade (agitação ou lentificação psicomotora). A depressão é frequentemente prevalente em pacientes que se encontram em reabilitação (Schechter & Bentley, 2017). Além disso, é uma doença semelhante às doenças crónicas físicas, na medida em que pode deteriorar a saúde (Moussavi et al., 2007). Perante esta situação e ainda de acordo com Moussavi et al. (2007), os profissionais de saúde devem ser instruídos a não ignorar esta condição, essencialmente, quando os pacientes demonstram uma condição crónica física, tendo em consideração o impacto significativo que a depressão pode causar na saúde de um indivíduo. Para além das manifestações acima mencionadas, como denotam os autores Villa et al. (2018), a depressão prejudica a predisposição dos pacientes para se envolverem em terapias de reabilitação. Simultaneamente,

através de uma meta-análise realizada por DiMatteo et al. (2000), foi possível constatar que os pacientes deprimidos têm três vezes maior probabilidade de não seguirem as orientações dadas pelos médicos, interrompendo o tratamento precocemente. Assim, os autores concluíram que a depressão pode apresentar-se como um obstáculo importante, facilitando a não adesão ao tratamento e a desesperança. Neste seguimento, e em relação à população idosa, um outro estudo realizado por Cetinkol et al. (2020) mostrou que a má aceitação do passado, a desesperança e a ansiedade perante a morte, aparentavam estar relacionadas com sintomas depressivos; por essa razão a intervenção com esta população torna-se fundamental.

No que diz respeito à relação entre depressão e doenças crónicas, os autores Teng et al. (2005) concluíram, através da realização de uma investigação, que efetivamente a síndrome depressiva surge regularmente associada às patologias crónicas e pode causar prejuízos na realização de progressos, assim como uma menor qualidade de vida e uma baixa adesão aos tratamentos propostos. Para além disso, a comorbilidade entre depressão e outras doenças físicas crónicas diminui drasticamente o estado de saúde dos indivíduos conforme aludem Moussavi et al. (2007). De acordo com os mesmos autores, e através do estudo que efetuaram, foi possível evidenciar que pessoas com doenças crónicas têm uma maior probabilidade em apresentarem simultaneamente depressão. Observaram ainda que é comum existir comorbilidade entre estas duas condições. Perante o exposto, e assim como sugerem os autores Beghi et al. (2020), a saúde mental pode beneficiar com o apoio da reabilitação, uma vez que esta proporciona às pessoas uma maior aceitação da lesão, auxilia no controlo da dor, entre outros distintos benefícios. Por outro lado, para se conseguir alcançar uma reabilitação eficaz é necessário ter em conta o impacto provocado pela depressão.

Neste âmbito, Spornak et al. (2007), realizaram um estudo com pacientes em reabilitação cardíaca, e constaram que maiores níveis de depressão e menores níveis de satisfação dos pacientes com as interações dos médicos envolvidos nas intervenções, estavam

associados com níveis mais baixos de adesão aos tratamentos prescritos. Os autores salientam ainda que, na prática, a depressão pode incapacitar as pessoas na recuperação da sua saúde e bem-estar, bem como diminuir a capacidade de enfrentarem as dificuldades vivenciadas. Pardaens et al. (2017) constataram igualmente numa população em reabilitação cardíaca vários fatores que contribuíram para a desistência precoce dos pacientes ao programa de reabilitação, nomeadamente, a presença nos indivíduos de problemas graves de depressão e ansiedade, assim como a comorbilidade com outras doenças e um menor número de sessões realizadas. Todas estas condições desempenhavam, desta forma, um papel determinante no abandono e na não adesão ao programa de reabilitação. Em complementaridade, Casey et al. (2008), num outro estudo com pacientes inscritos num programa de reabilitação cardíaca, descobriram que os indivíduos com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estavam menos predispostos a finalizar a reabilitação. Como demonstram os autores, apesar do controlo de algumas variáveis, como, por exemplo, a existência de qualidade no atendimento realizado, verifica-se que a depressão desempenha um efeito prejudicial na adesão ao tratamento. Em suma, e ainda de acordo com estes autores, torna-se fundamental a realização de intervenções de forma a aprimorar a adesão em pacientes deprimidos, assim que o processo de reabilitação se inicie. Recomendam, ainda, que estas conclusões possam ser aplicadas de igual forma noutros contextos que não somente na reabilitação cardíaca, na qual se verifica que a depressão influencia a adesão dos pacientes (Casey et al., 2008).

Por sua vez, algumas investigações têm evidenciado os benefícios da reabilitação através da prática da atividade física na depressão, indicando desse modo que a fisioterapia pode assumir um papel proeminente ao longo de todo o processo de reabilitação. Por exemplo, um estudo realizado por Caru et al. (2020) demonstrou num grupo de pacientes com doença cardíaca submetidos a um programa de reabilitação focado na atividade física, o efeito da mesma na depressão. Foi possível verificar que os pacientes melhoraram visivelmente os seus

níveis de depressão através da prática de exercícios físicos (Caru et al., 2020). Similarmente, outro estudo concretizado em pacientes em hemodiálise, sujeitos a um programa de reabilitação, evidenciou o efeito desta intervenção na diminuição dos sintomas depressivos (Mohammadi-Kalaveh et al., 2018). Embora o foco desta investigação fosse numa reabilitação multidisciplinar, que englobou sessões de fisioterapia, psicoterapia e educação nutricional/autocuidado (e não somente na prática física), demonstrou-se igualmente o impacto positivo da reabilitação nos sintomas depressivos.

Note-se, contudo, que a baixa eficácia da fisioterapia está frequentemente associada à presença de sintomatologia depressiva nos pacientes, assim como verificaram os autores Kobylańska et al. (2018), num estudo realizado em contexto de reabilitação pós-AVC. Esta situação é expectável visto que os sintomas da depressão interferem na capacidade de os indivíduos participarem em terapias de reabilitação (Schechter & Bentley, 2017). Por exemplo, a irritabilidade e a baixa tolerância à frustração, podem danificar a relação do paciente com os profissionais de saúde e, conseqüentemente, levar ao afastamento social, afetando os comportamentos de saúde dos mesmos e direcionando-os à não adesão aos programas de exercícios propostos, conforme indicam Schechter e Bentley (2017).

Simultaneamente, alguns estudos têm vindo a descrever a associação existente entre a depressão e a independência funcional apresentada pelos indivíduos em reabilitação. A título de exemplo, Lewis e Horn (2017) determinaram o impacto da depressão nos resultados funcionais das pessoas que se encontravam em programas de reabilitação residencial pós-hospitalar, após um traumatismo crânio-encefálico. Os autores constataram que a depressão contribuía para a incapacidade geral apresentada pelos pacientes, interferindo nos resultados da reabilitação. Contudo, após terem finalizado os programas de reabilitação os participantes verificaram uma melhoria na independência funcional. E apesar da presença de depressão, os

participantes manifestaram ainda diminuição destes sintomas (Lewis & Horn, 2017). Deste modo, constata-se uma influência mútua entre nível de depressão e eficácia da reabilitação.

Um outro estudo realizado por Matsuzaki et al. (2015) relatou a associação entre depressão e independência funcional em pacientes num hospital de reabilitação pós-AVC. Os autores verificaram que a depressão afetava a capacidade de recuperação da independência funcional dos pacientes; no entanto, apesar desta conjuntura, a quantidade de pacientes que evidenciavam sintomas depressivos reduziu ao longo da reabilitação. Em virtude desta situação, os autores sugerem que a depressão/apatia devem ser avaliadas tanto no início da reabilitação como durante a hospitalização, contribuindo para uma maior recuperação funcional destes pacientes. Por seu turno, outro estudo realizado por Shen e Gau (2017) com pacientes em reabilitação cardíaca, salientou a importância da avaliação e intervenção na depressão, tendo em consideração que a depressão é um fator de risco podendo causar prejuízos no processo normal de recuperação dos pacientes. Neste estudo, os pacientes com sintomas depressivos mais graves apresentavam uma recuperação mais complicada, assim como uma menor tolerância aos exercícios de reabilitação.

Mediante os diferentes estudos e argumentos expostos, e tal como sugerem Caru et al. (2020), é fulcral avaliar a depressão de forma a aprimorar o atendimento fornecido aos pacientes em processo de reabilitação. Além do mais, a depressão é uma condição psicológica recorrentemente mencionada em pacientes em contexto de reabilitação (Schechter & Bentley, 2017). Em concordância com Casey et al. (2008) é esperado que os pacientes deprimidos sejam menos resilientes e encarem os seus sintomas como mais prejudiciais e, por isso, tornam-se obstáculos que dificultam a adesão dos pacientes às recomendações dos tratamentos clínicos. Neste sentido, e segundo Beghi et al. (2020), a depressão surge ainda habitualmente correlacionada com a decadência do bem-estar e do funcionamento diário dos indivíduos, trazendo consequências no que concerne aos custos sociais e de saúde.

A partir dos estudos apresentados consegue-se evidenciar a importância de se considerar a depressão, particularmente em contextos em que os pacientes possam apresentar distintas condições clínicas associadas, uma vez que a mesma pode provocar um impacto colossal nos pacientes e, inclusive, gerar barreiras no processo de reabilitação.

O presente estudo

Mediante a revisão bibliográfica apresentada anteriormente, pode-se constatar que ainda são escassos os estudos que relacionem as variáveis que pretendemos investigar no presente estudo, aplicadas ao contexto da reabilitação em UCCI. Perante esta situação, pretende-se com este estudo, contribuir para uma melhor compreensão dos aspetos que poderão auxiliar numa maior satisfação dos pacientes face ao tratamento e à sua adesão ao tratamento, em particular à fisioterapia, analisando-se os resultados dos participantes no sentido de verificar que variáveis estão relacionadas com estes aspetos.

Tenciona-se, ainda, contribuir para que, em futuras intervenções com os pacientes inseridos em unidades de reabilitação, os profissionais de saúde tenham em consideração alguns fatores potencialmente benéficos para facilitar a obtenção de melhores resultados dos indivíduos, face ao processo de reabilitação a que os pacientes são sujeitos.

Capítulo II- Método

Objetivos e questões de investigação

O presente estudo consiste numa investigação de carácter quantitativo, realizada numa instituição hospitalar privada da região Norte de Portugal e integrada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Pretendeu-se avaliar a satisfação com o tratamento dos pacientes (relatada por estes) inseridos numa UCCI, em específico numa unidade de internamento de média duração e reabilitação, bem como o seu nível de adesão à fisioterapia (relatada pelos profissionais). Adicionalmente, pretende-se, ainda, desenvolver uma versão portuguesa adaptada da Escala de Adesão à Reabilitação – SIRAS (*Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale*; Brewer et al., 1995), aplicada a uma amostra de população em reabilitação. Por último, pretendemos avaliar, ainda, de que forma a esperança e a sintomatologia depressiva se relacionam com estas dimensões.

Posto isto, e de acordo com a revisão de literatura efetuada no capítulo anterior, procura-se responder às seguintes questões de investigação:

- 1- Qual o nível de satisfação com o tratamento, relatada pelos pacientes inseridos nesta UCCI?
- 2- Qual o nível de nível de adesão à fisioterapia por parte destes participantes, de acordo com a perspetiva dos profissionais de saúde desta UCCI?
- 3- A esperança está relacionada com uma maior satisfação com o tratamento e maior adesão à fisioterapia dos pacientes?
- 4- A depressão está relacionada com uma menor satisfação com o tratamento e menor adesão à fisioterapia dos pacientes?

- 5- A satisfação com o tratamento está relacionada com uma maior adesão à fisioterapia dos pacientes?
- 6- A esperança está relacionada com uma menor depressão nos pacientes?

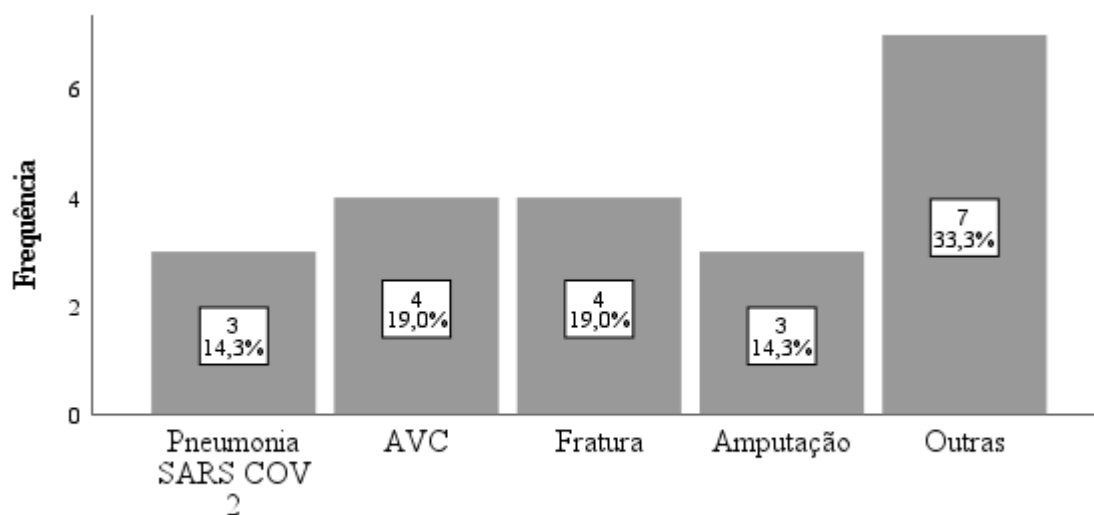
Participantes

A amostra deste estudo é composta por 21 indivíduos, integrando 11 participantes do sexo masculino (52.4%) e 10 do sexo feminino (47.6%), com idades compreendidas entre os 53 e 89 anos ($M = 69.90$, $DP = 11.79$), sendo na sua maioria, solteiros ($n = 8$, 38.1%). Tinham como habilitações literárias o ensino básico ($n = 18$, 85.7%) e viviam sozinhos ($n = 11$, 52.4%). Relativamente aos dias em que se encontravam internados nos cuidados continuados, a média situa-se nos 359.33 ($DP = 527.49$), isto é, 12 meses.

No que diz respeito à condição clínica que levou ao internamento dos participantes nesta UCCI, e conforme ilustra a Figura 1, podem-se destacar as seguintes situações de saúde: AVC ($n = 4$, 19%); Fratura ($n = 4$, 19%); Pneumonia por SARS-COV-2 ($n = 3$, 14.3%) e Amputação ($n = 3$, 14.3%). As restantes condições clínicas são variadas e por esse motivo foram categorizadas como Outras ($n = 7$, 33.3%).

Figura 1

Condições clínicas dos participantes inseridos na UCCI



Tal como referido anteriormente, estes participantes encontravam-se em situação de reabilitação, numa UCCI em contexto hospitalar privado na região Norte de Portugal. Para poderem ser incluídos como participantes no presente estudo, tiveram de apresentar capacidade cognitiva, avaliada pela equipa técnica que os acompanha, e manifestar a sua colaboração/autorização nesse sentido (critérios de inclusão). Conjuntamente, propôs-se a participação dos fisioterapeutas, integrados na unidade, para relatarem a sua perspetiva quanto à forma como cada utente aderiria ou não ao tratamento fisioterapêutico (que também foram recrutados ao manifestarem a sua colaboração/autorização nesse sentido).

Neste estudo foi utilizada uma amostragem por conveniência, pela facilidade de acesso aos participantes (e critérios de inclusão aplicados) no âmbito do estágio curricular realizado pela autora desta dissertação. Por este mesmo motivo, esta amostra pode não representar a maioria da população que se encontra inserida nesta unidade.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Para a recolha de informação relativamente aos participantes, foi utilizado um questionário sociodemográfico composto por duas partes fundamentais, uma que corresponde à recolha dos dados pessoais (obtidos juntos dos participantes) e outra relativa aos dados de saúde (obtidos junto dos profissionais de saúde). Assim, a primeira parte do questionário permite a recolha dos dados sociodemográficos (e.g., idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e com quem vive). Por sua vez, a segunda parte possibilita a recolha dos dados clínicos (ver Anexo A).

Satisfação com o Tratamento

A Satisfação com o Tratamento foi medida através da utilização do *Client Satisfaction Questionnaire-18B* (CSQ-18B; Attkisson & Zwick, 1982; Larsen et al., 1979); Versão Portuguesa: (Silva et al., in preparation).

O CSQ foi construído com o intuito de avaliar a satisfação do paciente (Larsen et al., 1979). Encontram-se disponíveis várias versões do CSQ, inclusive no CSQ-18 o formulário A e B; no entanto, neste estudo, será utilizado o CSQ-18 (formulário B). Este instrumento é constituído por 18 itens classificados através de uma escala de *Likert*, com quatro opções de resposta, onde, 1 indica menor grau de satisfação e 4 maior grau de satisfação (Attkisson & Zwick, 1982). O CSQ-18B foi desenvolvido através da inclusão de 5 itens do CSQ-8 (1 dos itens que apresenta a carga fatorial mais alta e os outros quatro escolhidos aleatoriamente). Os restantes itens que compõem a escala foram escolhidos alternadamente da versão preliminar de 31 itens do CSQ, para o formulário A e B, produzindo assim dois formulários com 18 itens cada (LeVois et al., 1981). Para obter a cotação final do instrumento é necessário realizar a

soma de cada um dos itens, sendo que, quanto maior o valor, maior a satisfação; no entanto, este questionário não possui pontos de corte (Silva et al., in preparation).

Este instrumento apresentou elevada consistência interna ($\alpha = .91$) nos estudos prévios, do mesmo modo que o CSQ-8 ($\alpha = .93$) (Attkisson & Zwick, 1982). Apresenta igualmente boa consistência na versão portuguesa ($\alpha = .88$). Na validação portuguesa, existem 4 itens que deixam de ser considerados (1, 2, 3 e 17), não sendo problemático pois na versão reduzida do CSQ estes também não estão incluídos (Silva et al., in preparation). No entanto, neste estudo todos os itens serão considerados. O valor de alfa de *Cronbach* no presente estudo foi de .94, demonstrando uma alta consistência interna do instrumento.

Adesão à Fisioterapia

A adesão à fisioterapia foi medida através da utilização da Escala de Adesão à Reabilitação, numa adaptação do *Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale* (SIRAS; Brewer et al., 1995) para a população de reabilitação, tal como preconizado por Kolt et al. (2007); (Adaptação Portuguesa de Cunha & Figueiredo, 2021).

O SIRAS é um instrumento de 3 itens que utiliza uma escala de *Likert* de 5 pontos, onde o profissional de reabilitação avalia a intensidade com que os pacientes completaram os exercícios de reabilitação, a frequência com que seguiram as instruções e sugestões dadas, e por fim, o nível de receptividade do paciente às mudanças efetuadas durante a sessão de reabilitação (Brewer et al., 2000). Os três itens devem ser somados de forma a obter uma pontuação única, pelo que uma maior pontuação representa uma maior adesão dos indivíduos (Brewer et al., 2002). Esta é uma medida fidedigna e pode ser aplicada por diferentes profissionais de reabilitação, de forma a avaliar a adesão dos pacientes à reabilitação em contexto clínico (Brewer et al., 2000). O instrumento apresentou uma boa consistência interna

nos estudos prévios, com um alfa de *Cronbach* de 0.82 (Brewer et al., 2000). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi de .88, evidenciando do mesmo modo uma boa consistência do instrumento.

Esperança

A esperança foi medida através da utilização do *Herth Hope Index* (HHI; Herth, 1992); Versão Portuguesa: (Viana et al., 2010). O HHI é uma escala do tipo de *Likert*, unidimensional, que contém 12 itens, desenvolvida para avaliar os diferentes níveis de esperança nos indivíduos, em contexto clínico (Herth, 1992). O instrumento é composto por três fatores: o fator 1 (sentido interior de temporalidade e futuro) mede a dimensão cognitivo-temporal da esperança (itens 1, 2, 6 e 11), o fator 2 (disponibilidade interior positiva e expectativa) mede a dimensão afectivo-comportamental (itens 4, 7, 10 e 12) e, por último, o fator 3 (interligação consigo próprio e com os outros) mede a dimensão afiliativo-contextual da esperança (itens 3, 5, 8 e 9) (Viana et al., 2010). No estudo original, os itens são avaliados através de uma escala de *Likert* com quatro pontos (1 a 4) em que 1 indica (*discordo totalmente*) e 4 (*concordo totalmente*); dessa forma, a pontuação pode ir desde 12 até 48, sendo que quanto maior for a pontuação obtida, maior será o nível de esperança (Herth, 1992). Existem dois itens, o 3 e o 6 que são descritos de forma negativa e, por esse motivo, na análise estatística as pontuações são invertidas (Viana et al., 2010). Na versão portuguesa, após a análise da homogeneidade, houve a necessidade de suprimir o item 3, 6 e 7, resultando numa escala de 9 itens, estruturada igualmente numa dimensão. Os itens são avaliados igualmente através de uma escala de *Likert* com quatro pontos, resultando numa pontuação final que pode variar entre 9 e 36 (Viana et al., 2010).

Ambos os estudos apresentaram uma boa consistência interna, uma vez que, na versão portuguesa, o alfa de *Cronbach* foi de 0.873 (Viana et al., 2010) e, no estudo original, o alfa de *Cronbach* foi de 0.94 (Herth, 1992). Também se constatou uma boa consistência no presente estudo, dado que se obteve um alfa de *Cronbach* de .91.

Depressão

A depressão foi medida através da utilização do Questionário de Saúde do Paciente (*Patient Health Questionnaire-9* – PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Versão Portuguesa: Ferreira et al., 2019). O PHQ-9 é um instrumento que permite avaliar a gravidade dos sintomas da depressão com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais). É composto por 9 itens da versão completa do PHQ (Kroenke et al., 2001). Os itens são respondidos recorrendo a uma escala de *Likert* com 4 pontos, podendo variar entre 0 (*nunca*) e 3 (*quase todos os dias*). A pontuação varia entre 0 e 27 pontos, sendo que pontuações mais altas refletem uma maior gravidade da depressão. Assim, se a pontuação for de 0 a 4 considera-se *depressão mínima*; de 5 a 9 *depressão leve*; de 10 a 14 *depressão moderada*; de 15 a 19 *depressão moderadamente severa* e de 20 a 27 *depressão severa* (Kroenke et al., 2001). No estudo original, o instrumento revelou boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .89 no “*PHQ Primary Care Study*” e .86 no “*Obstetrics Gynecology Study*” (Kroenke et al., 2001). Na versão portuguesa, o instrumento apresentou igualmente boa consistência interna, nos dois estudos realizados, em contextos clínicos diferentes com um alfa de *Cronbach* de .77 (Ferreira et al., 2019).

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi submetido para análise e apreciação das questões éticas, procedimentais e exequibilidade por parte da direção clínica da unidade hospitalar, no âmbito da atividade clínica programada neste serviço (em que se integrou o estágio curricular). Após a autorização da mesma para a recolha dos dados, contactou-se pessoalmente os participantes. Aqueles que se demonstraram disponíveis para participar foram informados sobre a natureza da investigação e seus objetivos, foi-lhes dada a opção de colaborarem ou não, garantida a confidencialidade das suas respostas e dada a possibilidade de desistirem a qualquer momento. Neste sentido é de destacar o consentimento informado, documento que foi assinado por todos os participantes, de forma a poderem participar no estudo (ver Anexo B).

Os dados foram recolhidos através dos questionários descritos, aplicados aos participantes em formato de entrevista. Adicionalmente, pediu-se a colaboração dos fisioterapeutas para o preenchimento de um questionário por participante, no sentido de avaliar o nível da adesão de cada um ao tratamento fisioterapêutico. Existiu sempre o cuidado de se guardarem os questionários dentro de envelopes fechados, de modo a preservar a confidencialidade das informações recolhidas. Importa salientar ainda que somente um dos investigadores (autora desta dissertação), estava a par dos dados identificativos dos participantes (tendo efetuado a recolha em formato de entrevista), sendo que os restantes membros da equipa só tiveram acesso aos dados de uma forma anonimizada. Após a preparação da análise de dados, os dados pessoais identificativos foram eliminados.

Procedimentos de análise de dados

De modo a efetuar o tratamento estatístico dos dados obtidos no presente estudo, utilizou-se o *IBM SPSS Statistics* (versão 27). Numa primeira fase, recorreu-se a frequências absolutas e frequências relativas para a caracterização das variáveis qualitativas, enquanto as variáveis quantitativas foram caracterizadas através da média e do desvio padrão. Posteriormente, realizou-se o teste *Shapiro-Wilk*, com o propósito de se verificar a normalidade de todas as variáveis em estudo. Foi ainda efetuada a análise da consistência interna dos instrumentos através do alfa de *Cronbach*. De seguida, e de forma a verificar se a escala SIRAS é unidimensional, realizou-se uma análise fatorial exploratória. Por último, para analisar as associações entre as variáveis, recorreu-se à correlação de *Spearman* uma vez que as variáveis não apresentaram uma distribuição normal. O nível de significância utilizado no presente trabalho foi de 5% (considerou-se um resultado marginalmente significativo para o nível de significância de 10%).

Resultados

Neste capítulo apresentam-se as análises estatísticas realizadas e os respetivos resultados obtidos em conformidade com os objetivos e as questões de investigação anteriormente descritas.

Na Tabela 1 pode-se observar que, na amostra estudada, os indivíduos estavam tendencialmente recetivos em aderir à fisioterapia. Em média, a satisfação com o tratamento era elevada e demonstravam ter bastante esperança.

No que concerne aos níveis de depressão nesta amostra, e assim como demonstra a Figura 2, 20 indivíduos (95.2%) apresentaram depressão mínima e apenas 1 indivíduo (4.8%) apresentou depressão leve.

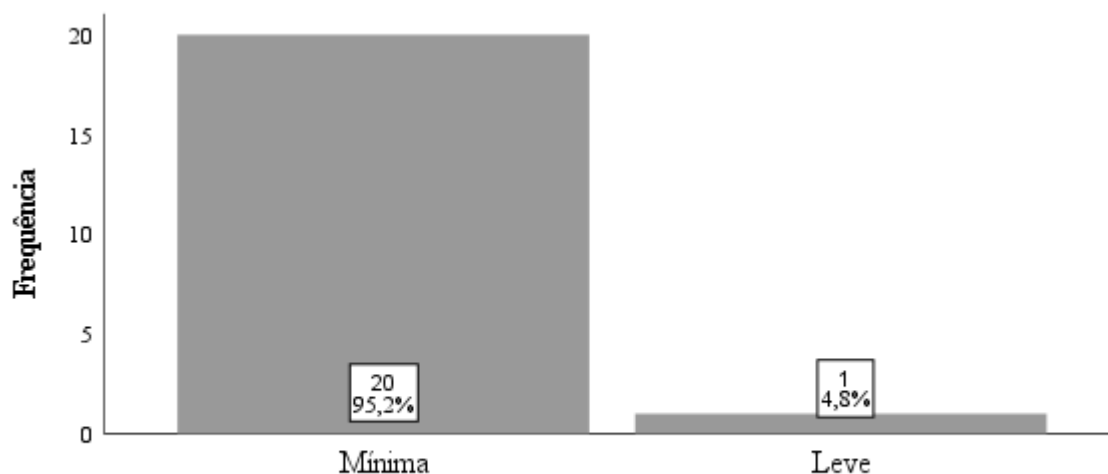
Tabela 1

Caracterização das médias e dos desvios padrões das variáveis adesão à fisioterapia, satisfação com o tratamento e esperança

Variáveis	M	DP
Adesão à fisioterapia	11.14	3.04
Satisfação com o tratamento	67.10	7.11
Esperança	30.24	4.75

Figura 2

Caracterização dos níveis de depressão dos participantes



Estudo preliminar da adaptação portuguesa do SIRAS

No que concerne à adaptação portuguesa do SIRAS, foi executada uma análise fatorial aos três itens do instrumento, observando-se que se deve reter um único fator que explica 81.3% da variância total (tal como na escala original). Analisou-se também a consistência interna do

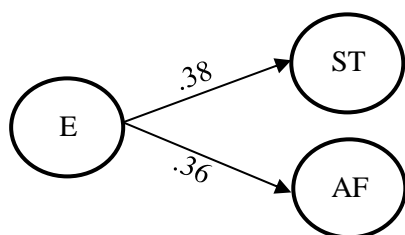
instrumento, e obteve-se um alfa de *Cronbach* de .88, demonstrando boa consistência nesta aplicação a uma amostra de pacientes portugueses em reabilitação hospitalar.

Caracterização da relação da esperança com a satisfação com o tratamento e a adesão à fisioterapia

De seguida, para se estudarem as correlações entre variáveis recorreu-se à correlação de *Spearman*, por se ter verificado que as variáveis não seguiam uma distribuição normal.

Na Figura 3 apresentam-se as correlações obtidas entre a esperança e a satisfação com o tratamento e a esperança e a adesão à fisioterapia (Questão 3).

Figura 3



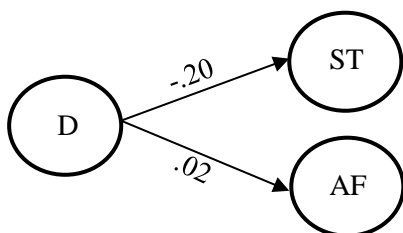
Legenda - E: Esperança; ST: Satisfação com o Tratamento; AF: Adesão à Fisioterapia

Nesse sentido, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a esperança e a satisfação com o tratamento ($r_s = .38, p < .05$). Entre a esperança e a adesão ao tratamento, verificou-se uma correlação positiva e marginalmente significativa ($r_s = .36, p < .1$). Sendo o valor de correlação entre as variáveis positivo, significa que quando uma variável aumenta a outra, tendencialmente, aumenta também. Ou seja, quanto maior a esperança, maior a satisfação com o tratamento; assim como, quanto maior a esperança, maior a adesão à fisioterapia dos pacientes.

Caracterização da relação dos níveis de depressão com a satisfação com o tratamento e a adesão à fisioterapia

A Figura 4 ilustra as correlações alcançadas entre os níveis de depressão e a satisfação com o tratamento e os níveis de depressão e a adesão à fisioterapia (Questão 4). Posto isto, não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre os níveis de depressão e a satisfação com o tratamento ($r_s = -.20$, $p = .38$), nem entre os níveis de depressão e a adesão à fisioterapia ($r_s = .02$, $p = .94$). Assim, não se conseguiu comprovar através destes resultados a existência de relações entre as variáveis.

Figura 4

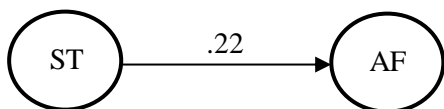


Legenda - D: Depressão; ST: Satisfação com o Tratamento; AF: Adesão à Fisioterapia

Caracterização da relação da satisfação com o tratamento com a adesão à fisioterapia

Seguidamente, pretendeu-se verificar a relação entre a satisfação com o tratamento e a adesão à fisioterapia, também realizada através da correlação de *Spearman* ilustrada na Figura 5 (Questão 5).

Figura 5



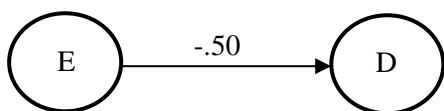
Legenda - ST: Satisfação com o Tratamento; AF: Adesão à Fisioterapia

De acordo com esta análise estatística, não se conseguiu observar uma correlação estatisticamente significativa entre a satisfação com o tratamento e a adesão à fisioterapia ($r_s = .22, p = .35$).

Caracterização da relação da esperança com os níveis de depressão

Seguidamente, foi possível constatar uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a esperança e os níveis de depressão ($r_s = -.50, p < .05$). Conforme demonstra a Figura 6, o valor de correlação entre as variáveis é negativo, o que significa que quando uma variável aumenta a outra diminui. Ou seja, quando a esperança aumenta os níveis de depressão diminuem (Questão 6). Por outras palavras, indivíduos com maior esperança são os que apresentam menor nível de depressão ou, alternativamente, os indivíduos com maior depressão evidenciam menores níveis de esperança.

Figura 6



Legenda - E: Esperança; D: Depressão

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a satisfação com o tratamento nos pacientes que se encontravam num processo de reabilitação, numa UCCI em contexto hospitalar, bem como o seu nível de adesão à fisioterapia. Paralelamente, procurou-se avaliar de que forma a esperança e a sintomatologia depressiva se relacionavam com estas dimensões (satisfação e adesão). Procurou-se, assim, investigar a existência de alguma relação entre estas variáveis, que pudesse fornecer pistas quanto ao impacto das mesmas nesta população. Para

que fosse possível dar resposta a estes objetivos, desenvolveram-se seis questões de investigação, apresentadas anteriormente, que serão de seguida discutidas e analisadas atendendo aos resultados obtidos no capítulo anterior.

No presente estudo, a maioria dos participantes (dentro desta amostra de 21 pacientes) mostrava aderir à fisioterapia (segundo a perspetiva dos profissionais que os acompanhavam), demonstrava uma satisfação com o tratamento elevada e encontrava-se com elevados níveis de esperança. Além disso, globalmente, estes participantes apresentavam níveis de depressão mínima (i.e. coincidentes com a população não clínica, normativa), com a exceção de um que apresentou depressão leve. Esta situação não é expectável face a estudos prévios com este tipo de população, em que a percentagem de pacientes que apresenta depressão é maior em comparação com a obtida no presente estudo. A título de exemplo, num estudo realizado por Webber et al. (2005), dos 151 pacientes em reabilitação, 42 (27.8%) apresentavam sintomas depressivos. Do mesmo modo, num estudo efetuado por Shah et al. (2000), dos 78 pacientes em reabilitação, 28 (35.9%) encontravam-se deprimidos. Por último, também Al Saeed et al. (2016) demonstraram num estudo realizado com 51 pacientes em reabilitação, dos quais 20 (39.2%) tinham depressão. Os resultados do presente estudo podem-se dever ao facto da investigação ter sido realizada num contexto hospitalar privado, sendo que a qualidade elevada dos cuidados poderá contribuir para melhorar o estado de humor dos pacientes. Por isso, seria interessante em estudos futuros realizar-se a mesma investigação, mas contrastando um ambiente hospitalar privado com um ambiente hospitalar público, de modo a investigar se os dados obtidos seriam idênticos ou não.

No que se refere à adaptação portuguesa do SIRAS com a população de reabilitação, os resultados do presente estudo demonstraram que a versão portuguesa deste instrumento parece exibir características idênticas à versão original. Em primeiro lugar, a análise fatorial apontou para um único fator. Isto significa que se consegue obter uma pontuação total através da soma

dos três itens que compõem o instrumento, tal como no estudo de Brewer et al. (2000). Os resultados salientaram, ainda, que o instrumento apresenta uma boa confiabilidade. Estes resultados parecem ir ao encontro do estudo de Kolt et al. (2007) que avaliou as propriedades psicométricas do SIRAS para o seu uso em fisioterapia clínica. Neste estudo, os autores encontraram evidências que o SIRAS pode ser utilizado para avaliar a adesão dos pacientes de forma confiável durante o processo de reabilitação, algo que o presente estudo também parece sugerir.

No que concerne à terceira questão de investigação (A esperança está relacionada com uma maior satisfação com o tratamento e maior adesão à fisioterapia dos pacientes?), os resultados encontrados demonstraram a existência de relações significativas entre a esperança e a satisfação com o tratamento, e marginalmente significativas entre a esperança e a adesão à fisioterapia. Assim, os resultados obtidos nesta amostra sugerem que a esperança possa desempenhar um papel significativo na sua satisfação com o tratamento, assim como no modo como aderem à fisioterapia. Importa salientar, que as correlações não fornecem informação acerca da direção da relação entre as variáveis, e por esse mesmo motivo, o inverso também pode acontecer (a satisfação com o tratamento e a adesão à fisioterapia aumentar a esperança). Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos, embora restritos, que demonstram o impacto positivo da esperança com a satisfação dos indivíduos face aos serviços de saúde, apesar de serem apenas focados na saúde mental (Pauselli et al., 2018; Sutton et al., 2018). Simultaneamente, vão ao encontro de investigações anteriores que evidenciam que indivíduos que apresentem maior esperança tendencialmente aderem mais ao tratamento, embora os estudos encontrados se refiram ao processo de reabilitação em geral (Kortte et al., 2012; Snyder et al., 2006).

Ou seja, a esperança parece surgir aqui como um possível fator que desempenhe um papel na adesão à fisioterapia e na satisfação dos indivíduos com o tratamento. Perante isto, as

evidências encontradas no presente estudo contribuem para a perspectiva, veiculada por alguns autores (Kortte et al., 2012; Snyder et al., 2006; Soundy et al., 2014), de que a esperança pode ser uma variável com uma função bastante positiva e significativa, sobretudo em pacientes que se encontrem num processo de reabilitação. Conforme abordado na literatura prévia, e tal como sugerem Snyder et al. (2006), os profissionais de reabilitação devem apoiar-se na esperança, fomentá-la e utilizá-la como um método terapêutico que pode estimular o progresso do tratamento de reabilitação.

Relativamente à quarta questão de investigação (A depressão está relacionada com uma menor satisfação com o tratamento e menor adesão à fisioterapia dos pacientes?), o presente estudo procurou explorar a existência de possíveis relações entre a depressão e a satisfação com o tratamento, assim como, entre a depressão e a adesão à fisioterapia. De acordo com Leung et al. (2018), a avaliação da satisfação do paciente deve ser introduzida nos contextos de saúde, pois pode auxiliar na identificação de fatores que interferem com a mesma. No entanto, os resultados encontrados na presente amostra não revelaram relações significativas entre os níveis de depressão e a satisfação com o tratamento. Apesar da escassez de estudos prévios (segundo a revisão de literatura realizada anteriormente) que não evidenciou estudos que correlacionassem estas variáveis no contexto da reabilitação, é possível verificar através de estudos realizados em diferentes contextos de saúde que a presença de depressão nos pacientes estava associada a níveis mais baixos de satisfação dos mesmos (Bair et al., 2007; Barry et al., 2007).

Por sua vez, e contrariamente ao esperado, os resultados também não demonstraram relações significativas entre os níveis de depressão e a adesão à fisioterapia. Estes resultados não coincidem com evidências de estudos anteriores. De facto, já vários estudos prévios evidenciaram que a depressão parece prejudicar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos (Casey et al., 2008; DiMatteo et al., 2000; Glazer et al., 2002; Lequerica et al., 2009;

Spernak et al., 2007). No entanto, estas investigações prévias em que os autores correlacionaram a depressão com os níveis de adesão ao tratamento, não se focavam na particularidade ao tratamento fisioterapêutico, mas sim no tratamento geral para a reabilitação cardíaca (Casey et al., 2008; Glazer et al., 2002; Spernak et al., 2007); para o tratamento médico (DiMatteo et al., 2000) e por fim, para as terapias de reabilitação ocupacionais e fisioterapêuticas (Lequerica et al., 2009).

Nesta linha de raciocínio, e procurando refletir sobre os resultados obtidos de um modo geral nesta questão de investigação, consideram-se pelo menos duas dimensões com potencial justificativo dos resultados encontrados. Uma primeira limitação pode estar relacionada com os níveis de depressão evidenciados na globalidade dos participantes. Neste sentido, dos 21 indivíduos, 20 apresentaram apenas depressão mínima e somente 1 apresentou depressão leve, o que pode ter dificultado a exploração de correlações significativas entre as variáveis, na medida em que não existiu variabilidade nos níveis de depressão demonstrados pelos participantes. Uma segunda potencial limitação pode ser a dimensão da amostra do presente estudo, tendo em conta que é bastante reduzida, e uma vez que, possivelmente, pode tornar-se mais difícil encontrar resultados estatisticamente significativos em amostras pequenas.

Apesar do plano inicial para recolha de uma amostra de utentes/participantes mais alargada, não foi possível obter uma amostra maior devido a vários fatores. Por um lado, surgiram vários momentos de interrupção na recolha de dados do presente estudo, relacionados com a atual pandemia por COVID-19. Por outro lado, o tempo de internamento destes participantes foi maior do que inicialmente esperado, tendo sido observado que a média de dias de internamento se situava nos 359.33 dias (mais de 11 meses). Este foi um cenário atípico (também decorrente da pandemia por COVID-19). Trata-se, de facto, de uma média elevada em comparação com o que é previsto pelo Decreto de lei 101/2006 de 6 de junho, que prevê um período de internamento entre 30 a 90 dias para pacientes que se encontram numa unidade

de média duração e reabilitação (que é o enquadramento do serviço hospitalar em questão). Perante esta situação, em termos de pesquisas futuras, seria útil procurar reproduzir esta questão de investigação com uma amostra mais extensa e verificar se surgiriam resultados significativos.

No que diz respeito à quinta questão de investigação (A satisfação com o tratamento está relacionada com uma maior adesão à fisioterapia dos pacientes?), não se obteve relações significativas entre as variáveis. Este aspeto contraria o único estudo publicado encontrado (referido na anterior revisão bibliográfica), realizado pelos autores Ali et al. (2017), apesar de ser específico na área da reabilitação cardíaca. Os autores evidenciaram que uma maior satisfação dos pacientes estava significativamente correlacionada com uma maior adesão, ainda que ao tratamento em global, e não em particular à fisioterapia, tal como foi o foco aqui. Na presente questão de investigação planeou-se analisar possíveis relações entre estas duas variáveis e, apesar de não as ter verificado, pode-se presumir que possivelmente o que limita mais uma vez estes resultados é efetivamente o tamanho da amostra. Também a existência de apenas um estudo prévio nesta área acaba por dificultar a obtenção de conclusões. Neste sentido, era desafiante numa pesquisa futura explorar novamente esta correlação com uma amostra não tão modesta e talvez possam surgir outras descobertas.

No que toca à sexta e última questão de investigação (A esperança está relacionada com uma menor depressão nos pacientes?), que procurou avaliar a relação entre a esperança e a depressão, os resultados da correlação entre estas duas variáveis indicaram a existência de relações significativas nesta amostra de participantes. Mais especificamente, verificou-se que os indivíduos com maior esperança também parecem evidenciar menores níveis de depressão. Esta reflexão vai ao encontro de alguma literatura na qual os autores identificaram que indivíduos com maiores níveis de esperança demonstravam níveis mais baixos de depressão (Brazeau & Davis, 2018; Dorsett et al., 2017; Elliott et al., 1991; Hirsch et al., 2011). Neste

âmbito, torna-se relevante salientar de novo Snyder et al. (2006), autores estes que sugerem a utilização da teoria da esperança no contexto da reabilitação, de modo a apoiar os indivíduos a enfrentarem as adversidades que possam emergir durante o processo de recuperação. Assim sendo, esta questão de investigação parece contribuir para o reforço da posição patente na literatura que defende que a esperança pode assumir um papel primordial, essencialmente quando relacionada com a variável depressão.

Em suma, importa destacar que alguns resultados do presente estudo têm potencial para contribuir com a literatura científica, uma vez que foi possível demonstrar a existência de relações significativas entre a variável esperança e a satisfação com o tratamento, adesão à fisioterapia e os níveis de depressão. Reforça-se, assim, o contributo da esperança como uma dimensão que tem potencial junto desta população clínica, e deveria por esse mesmo motivo ser promovida nos contextos de reabilitação. Para além disso, e no que concerne à adaptação do SIRAS, para avaliar a adesão dos pacientes, torna-se fundamental salientar que o instrumento apresentou boas qualidades psicométricas, tal como se conseguiu observar nos estudos prévios.

Conclusão

O presente estudo exploratório foi concretizado tendo como objetivo a exploração de estratégias que pudessem apoiar os pacientes que se inserem em específico numa UCCI, na obtenção de uma reabilitação eficaz. Neste âmbito, e como se tratou de um estudo exploratório, pretendeu-se explorar e analisar possíveis relações, ou seja, potenciais descobertas significativas entre as variáveis em estudo.

Tendo em conta os resultados obtidos, é de destacar que os participantes que apresentavam maior esperança estavam mais satisfeitos com o tratamento, revelavam uma maior adesão à fisioterapia e ainda níveis de depressão mais baixos. Estes resultados possivelmente conseguem apoiar os profissionais de saúde que trabalham nestes contextos de reabilitação, alertando-os para o impacto da variável esperança sobretudo quando relacionada com as restantes. Assim, por este mesmo motivo, pode ser fundamental tê-la em consideração em propostas terapêuticas futuras, de forma a propiciar aos pacientes um processo de reabilitação produtivo.

Por seu turno, não se conseguiu obter descobertas significativas no que diz respeito às correlações entre as restantes variáveis. Como mencionado anteriormente, a reduzida amostra do estudo foi condicionada pelo tempo elevado e não previsto de internamento dos pacientes do presente estudo assim como dificuldades provocadas pela pandemia COVID-19. Assim, a mesma pode ter limitado os resultados obtidos e algumas conclusões que poderiam ter sido demonstradas, caso se utilizasse uma amostra diferente. Neste sentido, seria importante, em futuras investigações, replicar o estudo com uma amostra maior, que não fosse por conveniência e numa UCCI de contexto público, de modo a comparar-se os resultados e a analisar se diferentes descobertas poderiam surgir.

Em suma, apesar de não se ter conseguido alcançar muitas descobertas, esperamos, ainda assim, que o presente estudo possa contribuir para o aprofundamento da literatura no que concerne a esta temática e ainda reforçar a importância de se investir nestas unidades de reabilitação, onde se inserem principalmente pacientes idosos com inúmeras vulnerabilidades associadas.

Referências

- Al Saeed, M. K., Abulsaad, K. A., Al Mahmoud, M. A., & Sweed, H. S. (2016). Depression among elderly patients admitted to a sub-acute medical care and rehabilitation center in Bahrain. *International Archives of Medicine*, 9(167), 1-7. <http://dx.doi.org/10.3823/2038>
- Ali, S., Chessex, C., Bassett-Gunter, R., & Grace, S. L. (2017). Patient satisfaction with cardiac rehabilitation: Association with utilization, functional capacity, and heart-health behaviors. *Patient Preference and Adherence*, 11, 821-830. <https://doi.org/10.2147/PPA.S120464>
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. J. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-X)
- Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. Springer-Verlag.
- Bair, M. J., Kroenke, K., Sutherland, J. M., McCoy, K. D., Harris, H., & McHorney, C. A. (2007). Effects of depression and pain severity on satisfaction in medical outpatients: Analysis of the medical outcomes study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 143-152. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.06.0061>
- Barnett, M. D. (2014). Future orientation and health among older adults: The importance of hope. *Educational Gerontology*, 40(10), 745-755. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.898496>
- Barry, L. C., Lichtman, J. H., Spertus, J. A., Rumsfeld, J. S., Vaccarino, V., Jones, P. G., Plomondon, M. E., Parashar, S., & Krumholz, H. M. (2007). Patient satisfaction with treatment after acute myocardial infarction: Role of psychosocial factors.

Psychosomatic Medicine, 69(2), 115-123.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802f2785>

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depressão: Causas e tratamento* (2nd ed.). Artmed.

Beghi, M., Cornaggia, C. M., Lozupone, M., Piscitelli, D., Perin, C., & Panza, F. (2020).

Late-life depression and its impact on rehabilitation after traumatic injuries. *Aging*

Clinical and Experimental Research, 1-4. [https://doi.org/10.1007/s40520-020-01744-](https://doi.org/10.1007/s40520-020-01744-4)

[4](https://doi.org/10.1007/s40520-020-01744-4)

Brazeau, H., & Davis, C. G. (2018). Hope and psychological health and well-being following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 258–266.

<https://doi.org/10.1037/rep0000209>

Brewer, B. W., Avondoglio, J. B., Cornelius, A. E., Van Raalte, J. L., Brickner, J. C.,

Petitpas, A. J., Kolt, G. S., Pizzari, T., School, A. M. M., Emery, K., & Hatten, S. J.

(2002). Construct validity and interrater agreement of the Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale. *Journal of Sport Rehabilitation*, 11(3), 170-178.

Brewer, B. W., Van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., & Ditmar, T. D. (1995). A brief measure of adherence during sport injury rehabilitation sessions. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7(Suppl.), S44.

Brewer, B. W., Van Raalte, J. L., Petitpas, A. J., Sklar, J. H., Pohlman, M. H., Krushell, R. J., Ditmar, T. D., Daly, J. M., & Weinstock, J. (2000). Preliminary psychometric evaluation of a measure of adherence to clinic-based sport injury rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*, 1(3), 68-74.

<https://doi.org/10.1054/ptsp.2000.0019>

- Bright, F. A., McCann, C. M., & Kayes, N. M. (2020). Recalibrating hope: A longitudinal study of the experiences of people with aphasia after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 428-435. <https://doi.org/10.1111/scs.12745>
- Caru, M., Curnier, D., Bousquet, M., & Kern, L. (2020). Evolution of depression during rehabilitation program in patients with cardiovascular diseases. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 42(3), 378–384. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1499824>
- Casey, E., Hughes, J. W., Waechter, D., Josephson, R., & Rosneck, J. (2008). Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 421–431. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9168-1>
- Cetinkol, G., Bastug, G., & Ozel Kizil, E. T. (2020). Poor acceptance of the past is related to depressive symptoms in older adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 33(4), 246-251. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000227>
- Chan, D. K., Lonsdale, C., Ho, P. Y., Yung, P. S., & Chan, K. M. (2009). Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(12), 1977-1982. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.05.024>
- Cheavens, J., & Gum, A. (2000). Gray power: Hope for the ages. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 201-221). Academic Press.
- Cheng, Y. Y., Hsieh, W. L., Kao, C. L., & Chan, R. C. (2012). Principles of rehabilitation for common chronic neurologic diseases in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 3(1), 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2011.11.003>

- Clay, D. L., & Hopps, J. A. (2003). Treatment adherence in rehabilitation: The role of treatment accommodation. *Rehabilitation Psychology, 48*(3), 215-219.
<https://doi.org/10.1037/0090-5550.48.3.215>
- Coppack, R. J., Kristensen, J., & Karageorghis, C. I. (2012). Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation, 26*(11), 1032–1042.
<https://doi.org/10.1177/0269215512436613>
- Custer, M. G., Huebner, R. A., & Howell, D. M. (2015). Factors predicting client satisfaction in occupational therapy and rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy, 69*(1), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.013094>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Diário da República n.º 109/2006 – I Série A. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review, 6*(1), 74-91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*(14), 2101-2107.
<http://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- DiMatteo, M. R., Miller, T. A., & Martin, L. R. (2014). The importance of effective measurement for fostering change. In L. R. Martin, & M. R. DiMatteo (Eds.), *The oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence* (pp. 370-384). Oxford University Press.

- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Dorsett, P., Geraghty, T., Sinnott, A., & Acland, R. (2017). Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal Cord Series and Cases*, 3(17046), 1-7. <https://doi.org/10.1038/scsandc.2017.46>
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S. M., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608–613. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.608>
- Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A. B., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2), 1-15. <https://doi.org/10.33525/pprj.v1i2.36>
- Fitzpatrick, R. (2007). Patient satisfaction. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, R. West (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2nd ed., pp. 477-482). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543579.104>
- Gallagher, M. W., & Lopez, S. J. (2018). Introduction to the science of hope. In M. W. Gallagher, & S. J. Lopez (Eds.), *The oxford handbook of hope* (pp. 3-8). Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.1>
- Gilbert, P. (2017). *Depression: The evolution of powerlessness*. Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781315564319>

Glazer, K. M., Emery, C. F., Frid, D. J., & Banyasz, R. E. (2002). Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 22(1), 40-46.

<https://doi.org/10.1097/00008483-200201000-00006>

Gum, A. M. (2018). Promoting hope in older adults. In M. W. Gallagher, & S. J. Lopez (Eds.), *The oxford handbook of hope* (pp. 143-158). Oxford University Press.

<http://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199399314.013.13>

Hall, J. A., & Roter, D. L. (2011). Physician-patient communication. In H. S. Friedman (Ed.), *The oxford handbook of health psychology* (pp. 317-346). Oxford University

Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0014>

Haskard-Zolnierok, K. B., & Williams, S. L. (2014). Adherence and health behavior change in the context of mental health challenges. In L. R. Martin, & M. R. DiMatteo (Eds.), *The oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence* (pp. 454-468). Oxford University Press.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

Hirsch, J. K., & Sirois, F. M. (2014). Hope and fatigue in chronic illness: The role of perceived stress. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 451-456.

<https://doi.org/10.1177/1359105314527142>

Hirsch, J. K., Sirois, F. M., & Lyness, J. M. (2011). Functional impairment and depressive symptoms in older adults: Mitigating effects of hope. *British Journal of Health*

Psychology, 16(4), 744-760. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2010.02012.x>

- Howard, D. B., & Gosling, C. M. (2008). A short questionnaire to identify patient characteristics indicating improved compliance to exercise rehabilitation programs: A pilot investigation. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 11(1), 7-15.
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2007.12.002>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *Guia prático- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas demográficas: 2018*.
<https://www.ine.pt/xurl/pub/358632586>
- Intiso, D., Di Rienzo, F., Russo, M., Paziienza, L., Tolfa, M., Iarossi, A., & Maruzzi, G. (2012). Rehabilitation strategy in the elderly. *Journal of Nephrology*, 25(19), 1-6.
<https://doi.org/10.5301/jn.5000138>
- Kobyłańska, M., Kowalska, J., Neustein, J., Mazurek, J., Wójcik, B., Bełza, M., Cichosz, M., & Szczepańska-Gieracha, J. (2018). The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 61(4), 523–535. <https://doi.org/10.3233/WOR-162823>
- Kolt, G. S., Brewer, B. W., Pizzari, T., Schoo, A. M., & Garrett, N. (2007). The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: A reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy*, 93(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.07.002>
- Kortte, K. B., Stevenson, J. E., Hosey, M. M., Castillo, R., & Wegener, S. T. (2012). Hope predicts positive functional role outcomes in acute rehabilitation populations. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 248-255.
<https://doi.org/10.1037/a0029004>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. D. M. (2004). Adesão ao tratamento da dor crônica e o locus de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(3), 254-261. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000300003>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., & Sage, K. (2018). People with aphasia's perception of the therapeutic alliance in aphasia rehabilitation post stroke: A thematic analysis. *Aphasiology*, 32(12), 1397–1417. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1441365>
- Lequerica, A. H., Donnell, C. S., & Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 31(9), 753–760. <https://doi.org/10.1080/09638280802309095>
- Leung, J., Fereday, S., Sticpewich, B., & Stroud, K. (2018). Factors influencing the overall satisfaction in patients with severe brain injury with physiotherapy services during inpatient rehabilitation. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 33(5), 56–63. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000364>
- LeVois, M., Nguyen, T. D., & Attkisson, C. C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4(2), 139-150. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(81\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0149-7189(81)90004-5)

- Lewis, F. D., & Horn, G. J. (2017). Depression following traumatic brain injury: Impact on post-hospital residential rehabilitation outcomes. *NeuroRehabilitation*, 40(3), 401–410. <https://doi.org/10.3233/NRE-161427>
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)
- Long, K. N., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Worthington Jr, E. L., & VanderWeele, T. J. (2020). The role of hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*, 2(100018), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2020.100018>
- Luthy, C., Francis Gerstel, P., Pugliesi, A., Piguët, V., Allaz, A. F., & Cedraschi, C. (2017). Bedside or not bedside: Evaluation of patient satisfaction in intensive medical rehabilitation wards. *PloS One*, 12(2), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170474>
- Makarem S. C. (2015). A modified social cognition model predicting patient health behaviors: The mediating role of hope — Structured abstract. In L. Robinson, Jr. (Ed.), *Marketing dynamism & sustainability: Things change, things stay the same....* (pp. 565-568). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-10912-1_187
- Mangset, M., Dahl, T. E., Førde, R., & Wyller, T. B. (2008). 'We're just sick people, nothing else':... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 22(9), 825-835. <https://doi.org/10.1177/0269215508091872>
- Martins, R., Domingues, M., Andrade, A., Cunha, M., & Martins, C. (2017). A esperança em doentes internados em unidades de cuidados continuados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE5), 81-85. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0172>

Martins, R., Henriques, T., & Carvalho, N. (2018). Impacto do internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados na melhoria dos níveis da capacidade funcional dos utentes. *Gestão E Desenvolvimento*, (26), 177-191.

<https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2018.661>

Matsuzaki, S., Hashimoto, M., Yuki, S., Koyama, A., Hirata, Y., & Ikeda, M. (2015). The relationship between post-stroke depression and physical recovery. *Journal of Affective Disorders*, 176, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.020>

McGrane, N., Cusack, T., O'Donoghue, G., & Stokes, E. (2014). Motivational strategies for physiotherapists. *Physical Therapy Reviews*, 19(2), 136-142. <https://doi.org/10.1179/1743288X13Y.0000000117>

Miller, K. K., Porter, R. E., DeBaun-Sprague, E., Van Puymbroeck, M., & Schmid, A. A. (2017). Exercise after stroke: Patient adherence and beliefs after discharge from rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 142–148.

<https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1200292>

Mohammadi-Kalaveh, S., Toulabi, T., Hasanvand, S., Gholami, M., & Ghasemi, F. (2018). The impact of multidisciplinary rehabilitation on depressive symptoms in hemodialysis patients. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 738–752.

<https://doi.org/10.1177/0193945916685091>

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007).

Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the world health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

[6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*.

https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Pardaens, S., De Smedt, D., De Bacquer, D., Willems, A.-M., Verstreken, S., & De Sutter, J. (2017). Comorbidities and psychosocial characteristics as determinants of dropout in outpatient cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), 14–21.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000296>

Pauselli, L., Galletti, C., Verdolini, N., Paolini, E., Gallucci, D., Balducci, P. M., Bernardini, F., Kogan, J. H., Shim, R., Moretti, P., & Compton, M. T. (2018). Predictors of client satisfaction with outpatient mental health clinic services in Italy and New York. *Community Mental Health Journal*, 54(5), 562-570.

<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0196-6>

Pegg, P. O., Auerbach, S. M., Seel, R. T., Buenaver, L. F., Kiesler, D. J., & Plybon, L. E. (2005). The impact of patient-centered information on patients' treatment satisfaction and outcomes in traumatic brain injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50(4), 366-374.

<https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.4.366>

Peleg, G., Barak, O., Harel, Y., Rochberg, J., & Hoofien, D. (2009). Hope, dispositional optimism and severity of depression following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 23(10), 800-808.

<https://doi.org/10.1080/02699050903196696>

- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. D. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V. D., & Machado, M. M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 39-48.
- Plewnia, A., Bengel, J., & Körner, M. (2016). Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2063-2070. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.018>
- Press, I. (2006). *Patient satisfaction: Understanding and managing the experience of care* (2nd ed.). Health Administration Press.
- Proserpio, T., Ferrari, A., Vullo, S. L., Massimino, M., Clerici, C. A., Veneroni, L., Bresciani, C., Casali, P. G., Ferrari, M., Bossi, P., Galmozzi, G., Pierantozzi, A., Licitra, L., Marceglia, S., & Mariani, L. (2015). Hope in cancer patients: The relational domain as a crucial factor. *Tumori Journal*, 101(4), 447-454. <https://doi.org/10.5301/tj.5000366>
- Quaschnig, K., Körner, M., & Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 167-175. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.007>
- Ramanathan-Elion, D. M., McWhorter, J. W., Wegener, S. T., & Bechtold, K. T. (2016). The role of psychological facilitators and barriers to therapeutic engagement in acute, inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 61(3), 277-287. <https://doi.org/10.1037/rep0000095>

- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. D. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. D. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*, 2299-2306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>
- Restrepo, M. C. A., & Ochoa, A. M. G. (2019). El vínculo dialógico que alivia: Encuentro para transcender la adherencia terapéutica. *Aquichan*, *19*(2), 1-12. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.5>
- Rodriguez-Hanley, A., & Snyder, C. R. (2000). The demise of hope: On losing positive thinking. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 39–54). Academic Press.
- Sanguin, F. P. S., & Vizzotto, M. M. (2007). Variáveis psicológicas relacionadas ao processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, *15*(1), 13-22. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v15n1p13-22>
- Schechter, N., & Bentley, J. A. (2017). Depression and anxiety assessment. In M. A. Budd, S. Hough, S. T. Wegener & W. Stiers (Eds.), *Practical psychology in medical rehabilitation* (pp. 381-389). Springer.
- Shen, B.-J., & Gau, J.-T. (2017). Influence of depression and hostility on exercise tolerance and improvement in patients with coronary heart disease. *International Journal of Behavioral Medicine*, *24*(2), 312–320. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9598-z>
- Shah, D. C., Evans, M., & King, D. (2000). Prevalence of mental illness in a rehabilitation unit for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, *76*(893), 153-156. <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.76.893.153>

- Silva, S., Basto, I., Salgado, J., & Cunha, C. (in preparation). Client Satisfaction Questionnaire- 18 (CSQ-18): A Portuguese validation in clinical routine practice.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development, 73*(3), 355-360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>
- Snyder, C. R., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology, 51*(2), 89–112. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.51.2.89>
- Soundy, A., Sayers, J., Stubbs, B., & Roskell, C. (2014). Don't take my hope away: Understanding the patient's hope in neurological rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 21*(6), 257-258. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.6.257>
- Spernak, S. M., Moore, P. J., & Hamm, L. F. (2007). Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 172–189. <https://doi.org/10.1080/10556790500465631>
- Subtil, M. M. L., Goes, D. C., Gomes, T. C., & Souza, M. L. D. (2011). O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento, 24*(4), 745-753. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000400020>
- Sutton, G. W., Kelly, H. L., Griffin, B. J., Worthington, E. L., Jr., & Dinwiddie, C. (2018). Satisfaction with christian psychotherapy and well-being: Contributions of hope, personality, and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice, 5*(1), 8–24. <https://doi.org/10.1037/scp0000145>
- Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—What do we know?. *The Lancet, 385*(9967), 484-486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)

- Teng, C. T., Humes, E. D. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador- Recomendações para a melhoria contínua*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Van den Heuvel, S. C. (2020). *Historical and multidisciplinary perspectives on hope*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9>
- Van Leuven, K. A. (2012). Population aging: Implications for nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(7), 554-559. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.02.006>
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M. A., & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados paliativos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 607-616. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325063>
- Villa, R. F., Ferrari, F., & Moretti, A. (2018). Post-stroke depression: Mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & Therapeutics*, 184, 131–144.
<https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.11.005>
- Webb, A. E., & Gearing, R. E. (2020). What do patients want? Patient satisfaction and treatment engagement. In A. Hadler, S. Sutton & L. Osterberg (Eds.), *The wiley handbook of healthcare treatment engagement: Theory, research, and clinical practice* (pp. 33-57). John Wiley & Sons.
- Webber, A. P., Martin, J. L., Harker, J. O., Josephson, K. R., Rubenstein, L. Z., & Alessi, C. A. (2005). Depression in older patients admitted for postacute nursing home rehabilitation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6), 1017-1022.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53322.x>

Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept?. *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X)

Würgler, M. W., Sonne, L. T., Kilsmark, J., Voss, H., & Sjøgaard, J. (2012). Danish heart patients' participation in and experience with rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(2), 126–132. <https://doi.org/10.1177/1403494811435487>

Zapata, M. A. (2020). Disability affirmation and acceptance predict hope among adults with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 291–298.

<https://doi.org/10.1037/rep0000364>

Anexos

Anexo A

Questionário Sociodemográfico

Questionário de Dados Pessoais e de Saúde

Leia cuidadosamente cada pergunta e, em seguida, preencha e coloque um X na opção que corresponde à sua verdade.

I. Questionário de Dados Sociodemográficos

1. Idade: _____

2. Sexo:

a) Masculino: _____

b) Feminino: _____

c) Não-binário: _____

3. Estado Civil

a) Solteiro: _____

b) Casado: _____

c) Divorciado: _____

d) Viúvo: _____

4. Habilitações Literárias (Completas)

Sem Escolaridade: __ Ensino Básico: __ Ensino Secundário: __ Ensino Superior: __

5. Com quem vive, atualmente, a maior parte do tempo?

a) Sozinho: _____

b) Cônjuge/União de Facto: _____

c) Família direta (e.g. Cônjuge e Filhos): _____

d) Institucionalizado (e.g. Residência Sénior): _____

f) Outros: _____

II. Questionário de Dados Clínicos (a preencher com a equipa clínica)

1. Assinalar a condição clínica que requer os Cuidados Continuados

2. Assinalar há quantos dias está internado/a nos Cuidados Continuados _____

3. Assinalar há quantos dias está a fazer tratamento por Fisioterapia _____

4. Assinalar que outro tipo de tratamentos está a fazer, além da Fisioterapia

Anexo B

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Esperança, Depressão, Satisfação com o tratamento e Adesão à fisioterapia: Um estudo exploratório nos Cuidados Continuados

Financiamento: Este estudo não será financiado uma vez que se irá realizar no âmbito de uma dissertação de mestrado.

Enquadramento: Este estudo tem como instituição promotora o Instituto Universitário da Maia (ISMAI)/Maiêutica Cooperativa de Ensino Superior C. R. L., e decorrerá no [REDACTED]. O investigador responsável por este projeto é a Prof Doutora Carla Cunha. Este estudo foi submetido para análise e apreciação das questões éticas, procedimentais e exequibilidade por parte da direção clínica da unidade hospitalar.

Descrição do estudo e dos procedimentos adotados: Este estudo tem como objetivo principal a exploração do nível de satisfação com o tratamento e adesão à fisioterapia, assim como o nível de sintomatologia depressiva e níveis de esperança relativos ao tratamento, nos pacientes inseridos na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Os/As pacientes que aceitem participar e que cumpram todos os critérios de inclusão no projeto deverão responder a três questionários que avaliam a depressão, esperança e satisfação com o tratamento assim como será solicitado o preenchimento de um questionário aos fisioterapeutas integrados nesta unidade, para relatarem a sua perspetiva quanto à forma como cada utente adere ou não ao tratamento.

Recolha, manutenção e proteção dos dados recolhidos: Além dos questionários serão recolhidos dados sociodemográficos e dados clínicos, como a sua idade, composição do agregado familiar e residência, bem como os tratamentos que está a realizar e as condições clínicas que o/s exigem. Os consentimentos e questionários recolhidos serão armazenados em envelopes fechados. Apenas os elementos responsáveis pela concretização da investigação é que terão acesso aos questionários. Os dados recolhidos dos questionários serão armazenados na base informática sem qualquer elemento que possa identificar a pessoa. Estes elementos serão mantidos por um período de 10 anos.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante a confidencialidade das informações prestadas, sendo os dados recolhidos usados para o presente estudo (dissertação) e para publicações posteriores cujos objetivos se enquadrem na temática, assegurando sempre a proteção da identidade e confidencialidade dos/as participantes. Assim, apenas os/as investigadores/as envolvidos/as neste estudo terão acesso aos dados dos questionários. Na publicação de eventuais trabalhos de carácter

científico, a identidade dos/as participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer outra característica que os/as possam identificar.

Direito à desistência: A participação neste estudo é completamente voluntária. A todos/as os/as participantes assiste o direito de abandonar ou desistir, a qualquer momento, da participação neste projeto de investigação, sem qualquer prejuízo para quem assim o decida.

Direito à oposição: A qualquer momento, os/as participantes poderão exercer o direito à oposição (i.e., revogar o consentimento dado para a recolha e a utilização dos dados) e/ou solicitar a sua destruição.

Outros direitos: Após a conclusão do projeto, e a pedido dos/as participantes, poderá ser facultada uma cópia das conclusões principais do estudo. Os/as participantes poderão ainda, recorrer ao direito de reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Em nome de toda a equipa envolvida, agradeço antecipadamente a leitura deste documento e, caso decida participar, a sua contribuição para a melhoria do nosso conhecimento sobre práticas eficazes a serem realizadas nestas unidades, auxiliando os profissionais de saúde a aprimorar intervenções futuras.

Nome do investigador Responsável: Prof Doutora Carla Cunha

Ccunha@ismai.pt

Instituto Universitário da Maia – ISMAI

Telefone: 22 986 60 00

Assinatura/s:

Assinatura Investigador Responsável

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo/a investigador/a. Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**