

Artigos Originais

Dimensões da Qualidade de Vida e Apoio Social dos Pacientes Hospitalizados nas Unidades de Assistência à Saúde do Algarve¹António Duarte²

Centro Hospitalar do Algarve Portugal

Natércia Joaquim

Universidade do Algarve

Cristina Nunes

Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações

Universidade do Algarve

RESUMO - Este estudo avaliou a relação entre qualidade de vida e rede de apoio social dos pacientes das unidades de cuidados continuados do Algarve, através de WHOQOL-BREF e ASSIS. Participaram 92 pacientes, com idades entre 34-101 anos: muito idosos (40,2%), sexo feminino (58,7%), viúvas (40,2%), classe média-alta (46,8%), coabitando com o cônjuge (43,2%), e parcialmente dependentes (72,5%). As redes de apoio emocional, material e informativo eram compostas maioritariamente por familiares. Observamos relações significativas entre o apoio informativo e os domínios físico, relações sociais e ambiente da qualidade de vida ($p < 0,05$). Os resultados sugerem uma percepção e satisfação com a saúde razoáveis, mas inferiores no domínio físico. A necessidade de apoio informativo esteve negativamente associada aos domínios psicológico e relações sociais da qualidade de vida.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, redes sociais, hospitalização, assistência médica, pacientes

Quality of Life and Social Support of the Patients of Continued Care Units of Algarve

ABSTRACT - This study assessed the relations between quality of life and social support network of patients in continuing care units in Algarve, using WHOQOL-BREF and ASSIS. Participants were 92 users of ages between 34-101 years: very elderly (40.2%), female (58.7%), widows (40.2%), upper-middle class (46.8%), cohabiting with spouse (43.2%), and partly dependent (72.5%). Emotional, tangible and informational support networks were mainly composed by family. We found significant associations between informative social support and physical domains, social relations and environment of quality of life ($p < 0.05$). The results suggest middle levels in self-perception and satisfaction with health, and lower levels in physical domain. Informational support needs were negatively associated with psychological and social relations dimensions of quality of life.

Keywords: aging, quality of life, social networks, hospitalization, medical assistance, patients

Há hoje um significativo consenso acerca da necessidade de tomar em consideração o ponto de vista do indivíduo, atribuindo valor ao seu funcionamento e bem-estar, bem como à sua possibilidade de realização pessoal. A Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI, 2007) estimou, para Portugal, cerca de 600.000 idosos que, face a um conjunto de dificuldades, tornam-se dependentes funcionalmente, sobressaindo a deterioração progressiva e a perda de capacidade motora, levando frequentemente ao recurso institucional. É geralmente aceite como um aspecto relevante na vida dos indivíduos idosos a possibilidade de receber apoio social (AS) para ajudar a superar situações difíceis. Admite-se que tal suporte possa ter efeitos benéficos no bem-estar geral e na satisfação com a vida (Friedman et al., 2005).

O AS é um conceito complexo, dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua

conceptualização, quer na sua aplicação à investigação. No entanto, a diversidade de concepções, o seu grau de abstração, as suas definições, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Nunes, Lemos, Ayala-Nunes, & Costa, 2013).

O AS diz respeito à coesão e à quantidade das relações sociais do indivíduo, à força e frequência dos laços constituídos e ao modo como é percebido esse sistema de apoio (Barros, Santos, & Erdmann, 2008). Esses autores consideram AS como um dos principais conceitos na psicologia da saúde por mitigar os efeitos do estresse em situação de crise, poder inibir o desenvolvimento de doenças e ter um papel positivo na sua recuperação.

A rede de apoio social formal abrange as organizações sociais que se articulam em torno de assuntos e necessidades específicas (organizações governamentais e não governamentais, serviços sociais e de saúde). A rede de apoio social informal inclui as pessoas das redes de socialização mais primárias dos indivíduos (família nuclear e ampliada, amigos, vizinhança), ficando o apoio caracterizado por critérios pessoais adotados, como o dever para com o outro, o sentimento de companheirismo e de responsabilidade, a gratidão e a solidariedade (Nunes et al., 2013; Silva & Gutierrez, 2013).

1 Apoio: Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto UID/SOC/04020/2013.

2 Endereço para correspondência: Centro Hospitalar do Algarve, Rua Leão Penedo, Faro, Portugal. CEP. 8000-386. E-mail: ajaduar@ gmail.com

Friedman et al. (2005) identificaram vários fatores que propiciam o ajustamento à condição de doença crônica e o enfrentamento ativo diante da disponibilidade de tratamento. Esses fatores revelaram um ciclo de humor deprimido e a insatisfação com o apoio social como subjacentes à má qualidade de vida (QV) de muitos participantes. As pessoas idosas, quando se encontram em situações de dependência, necessitam respostas de qualidade, com possibilidade de acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à QV.

Nesse sentido, o Decreto-Lei nº 101/2006 regulamenta a (re)organização da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para adequar as intervenções junto às populações com necessidades especiais de cuidados não clínicos, em situações de vulnerabilidade social, em que se incluem as unidades de internação: Convalescença (UC), Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Longa Duração e Manutenção (ULDM). A UC tem por missão o tratamento e a supervisão clínicas e de enfermagem de forma continuada e intensiva, bem como os cuidados de reabilitação, apresenta espaço físico próprio para prestar tratamento, na sequência de internação hospitalar originada por situação aguda, recorrência ou descompensação de processo crônico. O período de internação não deverá ultrapassar os 30 dias (Unidade de Missão de Cuidados de Continuados Integrados, 2013).

As UMDR destinam-se à reabilitação e ao apoio social de pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável, têm espaço físico próprio e prestam cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial relacionados à recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crônico, com uma previsibilidade de internação superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos (Unidade de Missão de Cuidados de Continuados Integrados, 2013).

As ULDM prestam apoio social e cuidados de manutenção a pessoas com doença crônica, em diferentes níveis de dependência e que não reúnem as condições para serem cuidadas em seus domicílios. As unidades estão preparadas para períodos de internação superiores a 90 dias, até 365 dias (Unidade de Missão de Cuidados de Continuados Integrados, 2013).

Esta tão recente RNCCI permite aos investigadores nacionais fazer o levantamento dos significados que os pacientes atribuem à qualidade de vida, ao bem-estar, às vivências, participação, relações sociais e ao apoio social (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuyeli, 2010). Uma das vertentes que tem sido estudada nos contextos nacional e internacional diz respeito à QV na velhice, sendo esta uma área bastante pesquisada por equipes multidisciplinares como um importante parâmetro de avaliação de políticas e intervenções de saúde (Davies & Higginson, 2004).

No campo da saúde, o conceito de QV adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), além de demonstrar a preocupação com o aspeto subjetivo da QV, relaciona aspectos individuais ao contexto cultural, social e ambiental, sendo um conceito amplo que abrange e inter-relaciona o ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (OMS, 2005).

Para as idosas do estudo realizado por Irigaray e Trentini (2009), os aspectos mais importantes para a QV são os afetos positivos (ter alegria na vida, amor e amizades), a saúde e dispor de recursos financeiros adequados. As autoras defendem que, mesmo estando dentro da instituição, o apoio e contato familiar é crucial para a vida do idoso, pois o contato com a família permite que os idosos se mantenham próximos ao seu meio natural de vida. Além disso, o contato familiar preserva o seu autoconhecimento, valores e critérios, sendo que o impacto da dependência exerce repercussões familiares, no que se refere aos papéis e às responsabilidades, bem como aos padrões de interação familiar (Pereira & Carvalho, 2012).

Segundo os resultados obtidos por Paskulin, Córdova, Costa e Vianna (2010), para a maioria dos idosos, QV significava ter saúde, seguindo-se os sentimentos positivos (viver e sentir-se bem, ter alegria de viver e viver em paz), as relações pessoais (familiares e sociais) e a alimentação (adequada e de qualidade). Reforça-se, assim, a ideia de que QV é um conceito multidimensional, podendo ser analisada tanto por parâmetros objetivos como subjetivos.

A relação positiva entre AS e QV é encontrada em diversos estudos envolvendo diferentes patologias: depressão (Carneiro, Falcone, Clark, Del-Prette, & Del-Prette, 2007), diabetes (Silva & Gutierrez, 2013) e doença arterial oclusiva periférica (Shechter, Auslander, Weinmann, & Bass, 2003). Apesar da importância atribuída por vários autores à QV e ao AS no âmbito da saúde e de toda a informação obtida através da revisão da literatura, não foi possível apurar o efeito dessas duas variáveis no contexto das Unidades de Cuidados Continuados, talvez por estas serem uma realidade recente e carente de investigação.

Por ser sempre desejável uma resposta cada vez mais efetiva dos serviços de saúde, uma maior aproximação às necessidades individuais e maior eficácia na recuperação da funcionalidade e da autonomia, torna-se imprescindível conhecer a realidade vivida pelos pacientes de modo a facilitar o planejamento e a implementação de intervenções e o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde. Dessa forma, propõem-se para este estudo os seguintes objetivos: (a) Avaliar o nível de QV dos pacientes internados nas 3 tipologias de hospitalização da RNCCI do Algarve (UC, UMDR e ULDR); (b) Descrever o tamanho, a composição, as necessidades e a satisfação dos pacientes com a rede de AS; (c) Analisar a relação entre a QV (dimensões Física, Psicológica, Relações Sociais e Ambiente) e os diferentes aspetos do AS (tamanho e composição da rede, necessidade e satisfação percebidas com o apoio emocional, material e informativo) nos pacientes dessas unidades.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional.

Participantes

A amostra foi do tipo acidental por conveniência e incluiu todos os indivíduos que evidenciaram ter

capacidades cognitivas que viabilizassem o preenchimento dos instrumentos de avaliação, internados nas três tipologias de unidades, no período entre 15 de Fevereiro e 30 de Março de 2011, que concordaram em participar do estudo, somando um total de 92 indivíduos, sendo 32 da UC (34,8%), 29 da UMDR (31,5%) e 31 da ULDR (33,7%).

Os pacientes – cujas idades variavam entre os 34 e os 101 anos, média de 74,91±12,91 – eram sobretudo muito idosos (40,2%), idosos (39,1%) e alguns adultos (20,7%). A maioria era do sexo feminino (58,7%), viúva (40,2%) ou coabitante com o cônjuge (43,2%), aposentada (89,1%), pertencente à classe média alta (46,8%) e parcialmente dependente (72,5%). Dos pacientes viúvos, nas ULD, estão residentes a maioria (45,2%), logo seguidos da UC com 40,6%. Quanto ao nível de independência funcional, são, na maioria, parcialmente dependentes (72,5%), encontrando-se majoritariamente na UMD (82,8%).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Construímos um questionário de caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos pacientes, que recolheu as seguintes informações: idade, sexo, estado civil, situação atual perante o trabalho, classe social e coabitação.

WHOQOL-bref. Instrumento desenvolvido pela OMS e validado para a população portuguesa por Canavarro, Serra e Simões (2007), para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). É composto por 26 itens e está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Permite ainda obter um score sobre a QV geral. Das 26 perguntas que o compõem, duas são mais gerais, relativas à percepção geral de QV e à percepção geral de saúde, não contabilizadas nas restantes 24. As perguntas que compõem o instrumento estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis cada uma, e a sua pontuação pode variar de 1 a 5. A pontuação obtida varia entre 0 e 100 pontos, sendo que a pontuação mais alta corresponde

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes, por tipologia da unidade de internação

Variáveis	Tipo de Unidade			Total	$\chi^2(p)$
	UC	UMD	ULD		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Faixa etária					
Adulto (<65 anos)	5 (15,6)	7 (24,1)	7(22,6)	19 (20,7)	0,970 (0,914)
Idoso (≥65 e <80 anos)	14 (43,8)	11 (37,9)	11(35,5)	36 (39,1)	
Muito idoso (≥80 anos)	13 (40,6)	11 (37,9)	13 (41,9)	37 (40,2)	
Sexo					
Masculino	9 (28,1)	13 (44,8)	16 (51,6)	38 (41,3)	3,800 (0,150)
Feminino	23 (71,9)	16 (55,2)	15 (48,4)	54 (58,7)	
Estado Civil					
Solteiro	6 (18,8)	6 (20,7)	5 (16,1)	17 (18,5)	-
Casado/Unido de facto	9 (28,1)	10 (34,5)	8 (25,8)	27 (29,3)	
Divorciado/Separado	4 (12,5)	3 (10,3)	4 (12,9)	11 (12,0)	
Viúvo	13 (40,6)	10 (34,5)	14 (45,2)	37 (40,2)	
Coabitação					
Sozinho	9 (34,6)	10 (40,0)	8 (26,7)	27 (33,3)	-
Cônjuge	10 (38,5)	15 (40,0)	15 (50,0)	35 (43,2)	
Familiares diretos	6 (23,1)	5 (20,0)	6 (20,0)	17 (21,0)	
Outros	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (2,5)	
Situação laboral atual					
Ativo	3 (9,4)	2 (6,9)	0 (0,0)	5 (5,4)	-
Reformado	27 (84,4)	27 (93,1)	28 (90,3)	82 (89,1)	
Desempregado	2 (6,3)	0 (0,0)	2 (6,5)	4 (4,3)	
Outra	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	1 (1,1)	
Classe Social					
Classe I (Baixa)	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	-
Classe II (Média baixa)	4 (18,2)	2 (7,4)	1 (3,3)	7 (8,9)	
Classe III (Média)	4 (18,2)	11 (40,7)	17 (56,7)	32 (40,5)	
Classe IV (Média alta)	12 (54,5)	13 (48,1)	12 (40,0)	37 (46,8)	
Classe V (Alta)	1 (4,5)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (2,5)	
Nível de Independência nas AVD					
Totalmente Independente					-
Parcialmente Dependente	9 (28,1)	5 (17,2)	5 (16,7)	19 (20,9)	
Totalmente Dependente	21 (65,6)	24 (82,8)	21 (70,0)	66 (72,5)	
	2 (6,3)	0 (0,0)	4 (13,3)	6 (6,6)	

a melhor QV. No presente estudo, a avaliação da consistência interna é aceitável, tendo-se verificado um alfa de Cronbach de 0,90 para a escala global e os seguintes valores para os domínios: 0,77 para o físico; 0,80 para o psicológico; 0,69 para as relações sociais; e 0,79 para o ambiente.

Escala de avaliação do apoio social. Utilizou-se a versão portuguesa de Nunes et al. (2013) do *Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS; Barrera, 1980). Esse instrumento é administrado através de uma entrevista semiestruturada e avalia o tamanho e a composição da rede de apoio emocional (participação social e sentimentos pessoais), apoio tangível (assistência física e material) e apoio informativo (aconselhamento e feedback positivo), assim como a rede de conflito. A necessidade e a satisfação são avaliadas em uma escala de 1 a 10, sendo que 1 representa nenhuma necessidade/satisfação e 10 total necessidade/satisfação.

Índice de Gaffar. Desenvolvido por Amaro (2001), avalia o nível socioeconômico dos participantes e é composto por 5 critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiar, conforto de alojamento e aspeto do bairro onde habita. Em uma primeira fase, deve-se atribuir a cada família observada uma pontuação para cada 1 dos 5 critérios enumerados. Em uma segunda fase, usa-se a soma dessas pontuações para definir o estrato que a família ocupa na sociedade. A soma total dos pontos varia entre 5 e 25, sendo dividida em 5 níveis correspondentes ao status socioeconômico (ESE) dos indivíduos, segundo a classificação: Nível I – nível mais alto (5 a 9 pontos); Nível II – nível médio alto (10 a 13 pontos); Nível III – nível médio (14 a 17 pontos); Nível IV – nível médio baixo (18 a 21 pontos); Nível V – nível mais baixo (22 a 25 pontos).

Índice de Katz Recodificado. O nível de independência funcional nas atividades básicas de vida diária foi avaliada com recurso à escala criada por Sidney Katz, em 1963, para estudar os resultados do tratamento e o prognóstico em idosos e doentes crônicos, bem como avaliar a autonomia física do idoso (Katz e Stroud III, 1989). O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, em que cada tarefa recebe pontuação específica. Cada item é pontuado de 0 a 3, sendo o resultado: totalmente independente (independente em todas as atividades); parcialmente dependente (depende de 2 a 5 atividades); totalmente dependente (dependente em todas as atividades).

Procedimentos

Após prévia autorização do Comitê de Ética da Administração Regional de Saúde do Algarve, bem como das instituições colaboradoras, foi realizada a etapa de coleta de dados no período de Fevereiro a Março de 2011. Os dados foram recolhidos por entrevista realizada nas diferentes unidades: (UC) - Portimão, Loulé e Lagos; Média Duração (UMDR) - Olhão Tavira e Portimão e (ULDM) - Estômbar, Santa Catarina, Albufeira, Silves e Vila Real de StºAntónio, após obtenção do consentimento informado de cada participante. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos. Os questionários foram aplicados pelo primeiro autor, que lia as questões, assim como as opções de resposta. Algumas adequações de linguagem foram

necessárias para que o material fosse compreendido o mais plenamente possível, não tendo sido realizadas de maneira fixa, mas variável, de acordo com cada um dos participantes. Todas as entrevistas foram realizadas nas unidades, mantendo a maior privacidade possível, ou seja, em nenhum momento os participantes permaneceram na presença uns dos outros.

Os pacientes foram informados sobre a natureza e a finalidade do estudo e a sua participação dependeu do seu consentimento informado e por escrito. Foi preservado o direito à não participação (em qualquer momento da investigação) e o direito à privacidade, salvaguardando-se os direitos dos pacientes na proteção da sua intimidade.

Análise dos Dados

Os dados foram tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19. Recorreu-se à estatística descritiva, com utilização de distribuição das frequências (relativas e absolutas) para as variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Uma vez que algumas das dimensões não apresentavam uma distribuição normal, optou-se por aplicar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para a comparação de médias. O teste de correlação de Pearson foi aplicado para analisar as correlações entre as dimensões. Utilizamos o nível de significância de $\alpha=0,05$.

Resultados

Comparação da Rede de Apoio Social segundo a Tipologia de UCCI do Algarve

A família era a principal fonte de apoio social, sendo desta que os indivíduos recebiam mais apoio emocional (56,5%), material (58,3%) e informativo (66,7%) (Tabela 2). Somente um paciente refere receber apoio apenas de amigos. É ainda de salientar o papel dos profissionais de saúde, que são referidos pelos pacientes das ULD como fazendo parte da sua rede de apoio com maior frequência.

O conjunto de amigos e familiares constitui a segunda maior fonte de apoio emocional (23,5%) e informativo (13,1%), bem como a terceira fonte de apoio material (11,9%). Os profissionais constituem principalmente uma fonte de apoio material (4,8%) e informativo (4,8%), sendo os que oferecem menos apoio emocional (2,4%). É, no entanto, através das combinações de profissionais com outros que os indivíduos obtêm a segunda maior fonte de apoio material (17,9%).

Relações entre o Apoio Social e os Domínios da Qualidade de Vida

Na tabela 3, encontram-se os resultados das correlações entre os níveis do AS e os domínios da QVRS. Apenas observamos correlações significativas entre o apoio

informativo e os domínios físico e das relações sociais da QV. As demais dimensões que constituem as necessidades de apoio social (apoio emocional e material) não se mostraram associadas significativamente aos domínios de QV nem à sua satisfação com a saúde ($p > 0,05$). Do mesmo modo, não observamos relações significativas entre a satisfação com o AS e a QVRS.

Observamos que a relação entre a dimensão da rede e a QV, é significativa no domínio físico, das relações sociais e ambiente da QV, sendo correlações negativas e

estatisticamente não significativas ($p > 0,05$) entre o apoio informativo e esses domínios da QVRS.

Comparação do Apoio Social e da Qualidade de Vida dos Pacientes segundo a Tipologia de UCCI do Algarve

Na tabela 4, comparam-se os níveis de QVRS e de AS de pacientes internados nos três tipos de unidades

Tabela 2. Comparação da rede de apoio segundo a tipologia de UCCI do Algarve

Variáveis	Tipo de Unidade			Total
	UC	UMD	ULD	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Rede de Apoio Emocional				
Só familiares	19 (59,4)	15 (65,2)	14 (46,7)	48 (56,5)
Só amigos	3 (9,4)	3 (13,0)	1 (3,3)	7 (8,2)
Familiares e amigos	9 (28,1)	5 (21,7)	6 (20,0)	20 (23,5)
Só profissionais	1 (3,1)	0 (0,0)	1 (3,3)	2 (2,4)
Combinações com profissionais	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (26,7)	8 (9,4)
Rede de Apoio Material				
Só familiares	20 (62,5)	14 (63,6)	15 (50,0)	49 (58,3)
Só amigos	3 (9,4)	2 (9,1)	1 (3,3)	6 (7,1)
Familiares e amigos	7 (21,9)	2 (9,1)	1 (3,3)	10 (11,9)
Só profissionais	1 (3,1)	0 (0,0)	3 (10,0)	4 (4,8)
Combinações com profissionais	1 (3,1)	4 (18,2)	10 (33,3)	15 (17,9)
Rede de Apoio Informativo				
Só familiares	21 (65,6)	17 (77,3)	18 (60,0)	56 (66,7)
Só amigos	3 (9,4)	2 (9,1)	2 (6,7)	7 (8,3)
Familiares e amigos	7 (21,9)	3 (13,6)	1 (3,3)	11 (13,1)
Só profissionais	1 (3,1)	0 (0,0)	3 (10,0)	4 (4,8)
Combinações com profissionais	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (20,0)	6 (7,1)

Tabela 3. Correlações entre o apoio social e os domínios da qualidade de vida

	Domínio Psicológico	Domínio Físico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente	Qualidade de vida global	Satisfação com a saúde
Necessidade						
Apoio emocional	0,018	-0,114	0,062	0,116	0,121	-0,082
Apoio material	-0,161	-0,082	-0,076	-0,035	-0,062	-0,006
Apoio informativo	-0,106	-0,243*	-0,251*	-0,197	-0,101	-0,131
Satisfação						
Apoio emocional	0,199	0,061	0,102	0,205	0,145	-0,047
Apoio material	-0,123	-0,003	-0,096	0,008	-0,020	-0,053
Apoio informativo	-0,117	-0,131	-0,204	-0,103	-0,008	-0,157
Dimensão da rede						
Apoio emocional	0,199	0,283**	0,339**	0,285*	0,021	0,189
Apoio material	0,046	0,202	0,221	0,110	-0,037	0,125
Apoio informativo	0,198	0,307**	0,312**	0,247*	0,008	0,132

de internação. A constituição da rede de apoio social foi estudada considerando 3 dimensões de apoio – emocional, informativo e material – relativamente ao número e tipo de elementos que a compõe. O tamanho da rede varia entre 1 e 7 indivíduos no apoio emocional e informativo, chegando aos 8 no apoio material. A rede de apoio material ($2,24 \pm 1,34$) e informativo ($2,24 \pm 1,38$) são as de menor dimensão e a de apoio emocional, a maior ($2,71 \pm 1,71$). Não se observaram diferenças significativas na dimensão da rede de apoio dos pacientes, em função da tipologia de unidade de internação. Quanto às necessidades, de modo geral, os valores mais elevados foram observados para a dimensão apoio emocional. Por outro lado, foi também nessa dimensão que se observou o maior nível de satisfação.

Observaram-se diferenças significativas entre os pacientes internados nas 3 tipologias de internação quanto à necessidade nas 3 dimensões de apoio. A necessidade de apoio emocional e de apoio material foram ambas significativamente superiores nos pacientes da UC ($p=0,001$ e $p=0,002$, respetivamente), enquanto a necessidade de apoio informativo foi significativamente superior nas ULD ($4,33 \pm 2,85$), quando comparadas com a UC ($3,28 \pm 2,76$) e as UMD ($2,52 \pm 2,89$).

Quanto à satisfação com o apoio social, verificaram-se diferenças significativas nas dimensões apoio emocional e apoio material. Constataram-se níveis mais baixos nos

pacientes das UMD ($3,63 \pm 2,97$) no apoio emocional e ($2,17 \pm 2,33$) no apoio material (tabela 4).

Quanto à QVRS, não se observaram diferenças significativas nas suas diversas componentes entre os 3 grupos estudados. De forma global, verificam-se níveis satisfatórios em todos os domínios, com valores variando entre $42,1 \pm 17,8$ para o domínio Físico e $56,3 \pm 18,5$ para o domínio das relações sociais.

Relações entre as Características do Paciente e os Níveis de Apoio Social e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Na tabela 5, encontram-se os valores das características do paciente e os níveis de AS e QVRS, quanto à variável idade, observou-se uma correlação negativa ($r=-0,211$) significativa com o domínio psicológico da QVRS, o que significa que os indivíduos mais velhos reportam pior QV.

Por outro lado, verificaram-se diferenças significativas na dimensão da rede de apoio social em função da situação laboral atual. Quanto à variável independência funcional nas Atividades de Vida Diária (AVD), verificou-se que esta se correlaciona negativamente com o apoio informativo da dimensão da rede de apoio social, bem como, negativamente se relaciona com os domínios psicológico, físico, relações sociais da QVRS.

Tabela 4. Comparação do apoio social e qualidade de vida dos pacientes segundo a tipologia de UCCI do Algarve

	Tipo de Unidade			Total	H(2)	p
	UC	UMD	ULD			
Dimensões	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
Apoio Social						
Necessidade						
Apoio emocional	5,95±2,71	3,63±2,97	4,07±1,91	4,59±2,74	13,34	0,001
Apoio material	3,87±2,29	2,17±2,33	3,60±1,60	3,24±2,21	12,71	0,002
Apoio informativo	3,28±2,76	2,52±2,89	4,33±2,85	3,39±2,90	8,276	0,016
Satisfação						
Apoio emocional	7,50±2,54	5,06±3,26	5,68±2,94	6,13±3,06	10,37	0,006
Apoio material	4,64±2,76	2,86±2,98	4,47±2,64	4,02±2,87	8,08	0,018
Apoio informativo	4,27±3,29	2,79±2,99	4,37±3,29	3,83±3,24	5,59	0,061
Dimensão da rede						
Apoio emocional	3,06±2,05	2,13±1,14	2,80±1,60	2,71±1,71	2,75	0,253
Apoio material	2,50±1,83	2,04±0,84	2,10±0,95	2,24±1,34	0,05	0,976
Apoio informativo	2,69±1,79	2,00±0,94	1,93±1,01	2,24±1,38	2,445	0,295
Qualidade de Vida						
Domínio Psicológico	58,6±17,5	50,1±21,2	54,4±18,0	54,6±19,0	3,24	0,198
Domínio Físico	42,5±16,5	39,3±19,1	44,2±18,0	42,1±17,8	1,29	0,526
Domínio Relações Sociais	59,9±15,6	54,3±18,3	53,7±21,7	56,3±18,5	1,54	0,462
Domínio Ambiente	59,8±10,9	52,4±18,5	55,2±17,2	56,0±15,8	3,43	0,180
Qualidade de vida global	3,09±0,893	2,86±0,875	3,00±0,856	2,99±0,871	0,93	0,629
Satisfação com a saúde	2,81±0,931	2,55±0,910	2,97±0,875	2,78±0,912	3,10	0,212

Finalmente é de referir que o nível de independência funcional nas AVD se correlaciona negativamente com a QV global. As relações entre variáveis que não foram aqui referidas não apresentaram significância estatística.

Discussão

Os resultados do presente estudo referentes à idade e gênero corroboram o estudo sobre QV percebida por pessoas idosas do maior município de São Paulo (Paskulin et al., 2010). Nesse estudo, verificou-se que 66,9% dos participantes do estudo eram mulheres, com idades que variavam entre 60 e 94 anos, com média de 71,3 anos. A incidência de doença crônica aumenta com o avançar da idade e, em muitos casos, simultaneamente diminui a capacidade individual de autocuidado decorrente do processo de envelhecimento, o que conduz à necessidade dos cuidados de outrem na vida diária (Martins et al., 2009),

Verificamos que, para as variáveis sociodemográficas, não existiram diferenças significativas para os 3 tipos de unidades de internação. Também Costa (2011) e Joial, Ruiz e Donalisio (2007) mostraram que os idosos com melhor situação socioeconômica apresentavam melhores condições de saúde e QV, em comparação com idosos mais pobres, em que a força dessa associação diminuía ou mesmo desaparecia nas idades mais velhas.

Dada a importância dessas duas variáveis, QV e AS na área da saúde, este estudo partiu da intenção de analisá-las

Tabela 5. Correlações entre as características do paciente, AS e a QVRS

Dimensões	Faixa etária ¹	Classe Social ¹	NIF nas AVD
Apoio Social			
Necessidade			
Apoio emocional	-0,19	-0,01	0,04
Apoio material	0,03	-0,06	0,10
Apoio informativo	-0,00	-0,18	0,10
Satisfação			
Apoio emocional	-0,16	-0,04	-0,06
Apoio material	-0,10	-0,07	0,02
Apoio informativo	-0,04	-0,15	0,11
Dimensão da rede			
Apoio emocional	-0,19	-0,17	-0,21
Apoio material	-0,14	-0,06	-0,17
Apoio informativo	-0,12	-0,13	-0,23*
Qualidade de Vida			
Domínio Psicológico	-0,21*	-0,21	-0,27*
Domínio Físico	-0,15	0,02	-0,36**
Domínio Relações Sociais	-0,06	0,09	-0,24*
Domínio Ambiente	-0,13	-0,02	-0,17
Qualidade de vida global	-0,04	-0,19	-0,26*
Satisfação com a saúde	0,02	-0,08	-0,19

em contexto de hospitalização nas UCCI por estas unidades serem uma realidade recente em Portugal (2006) e no Algarve e, provavelmente, carente de investigação no seu âmbito. Disso resulta a necessidade do entendimento das normas e práticas em cada tipologia, identificando as necessidades e graus de incapacidades mais comuns nesse tipo de internação extra-hospitalar.

O AS é um fator promotor de saúde e do bem-estar em geral, sendo um dos fatores determinantes avaliados no âmbito da QV (Fleck et al., 2003), abrangendo praticamente todos os aspetos da vida que possam contribuir de forma positiva ou negativa para o bem-estar das pessoas, pelo que e, de podemos afirmar que os participantes deste estudo referiram níveis razoáveis de necessidade e satisfação com o AS, de autopercepção de QV e satisfação com a saúde. Nos diferentes domínios da QV, foi o domínio físico que obteve uma média mais baixa, apresentando correlação negativa significativa com o domínio psicológico da QV, a partir do que se evidencia que os indivíduos mais velhos reportam pior QV.

Segundo Ferreira (2009), sabe-se que os idosos portugueses percebem a sua QV de forma idêntica independentemente do contexto habitacional em que se encontram, ou seja, não existem diferenças significativas na percepção de QV entre os idosos do meio rural, suburbano ou urbano, nem entre os que estão institucionalizados, que frequentam Centros de Cuidados Diários e os que residem na comunidade sem estarem associados a qualquer instituição. Carneiro (2012), refere que são os pacientes da internação que apresentam melhor QV no domínio geral. Nos domínios específicos “relações sociais” e “meio ambiente”, os pacientes do domicílio apresentam pontuações mais elevadas. Por outro lado, aqueles na internação apresentam melhores pontuações nos domínios “físico” e “psicológico”. Em média, são os pacientes do domicílio que apresentam melhor AS na pontuação total.

As redes de AS das 3 dimensões (emocional, material e informativa) variaram consideravelmente em tamanho e são constituídas maioritariamente por familiares, o que corrobora os estudos de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) e de Macêdo, Fernandes e Costa (2013), em que a maioria dos familiares residia com os pacientes. As dimensões da rede apresentaram uma correlação moderada ($r < 0,5$) entre o AS (apoio emocional e o apoio informativo) e a QV nos domínios psicológico, das relações sociais e ambiente.

Os níveis de QV reportados no domínio físico e das relações sociais estão associados à composição da rede apoio emocional e à de apoio material (esta só associada ao domínio das relações sociais), sendo que, os níveis mais elevados de QV são os dos pacientes que contam com familiares e amigos para lhes dar apoio. O nível de satisfação com o AS parece não estar associado com a QV e, no âmbito das necessidades, verificou-se a existência de uma relação negativa entre necessidade de apoio informativo e o domínio psicológico e das relações sociais.

No presente estudo, verificou-se que, em sua maioria, os pacientes são parcialmente dependentes, sendo o nível de dependência ligeiramente mais elevado nas UMDR, reportando à tipologia da internação até 90 dias, com uma forte incidência na abordagem de reabilitação. Lemos e

Medeiros (2002) referem que a autonomia e a independência são ótimos indicadores de saúde entre idosos. A autonomia é o grande e principal objetivo do ser humano, pois depender dos outros na idade adulta é algo rejeitado e temido.

Tahan e Carvalho (2010), no seu estudo sobre a promoção de saúde no envelhecimento e QV, enfatizam que a independência e a autonomia na realização das atividades são consideradas pelos idosos como sinal de vida saudável, enquanto os bons relacionamentos sociais são tidos como imprescindíveis para a satisfação com a vida, tornando-se relevantes para a QV e para a rede social. Corroborando esse estudo, Silva e Gutierrez (2013) referem que a manutenção da independência e da autonomia, a participação social e o fato de possuir projetos de vida refletem a percepção dos indivíduos idosos quanto ao grau de satisfação de suas necessidades e à sua avaliação de seu nível de QV.

Paúl e Fonseca (2005), em um estudo sobre QV em diferentes contextos habitacionais, independentemente da condição de saúde, concluíram que os idosos das zonas rurais têm uma rede social maior do que os que vivem em zonas urbanas e que, apesar de muitos estarem afastados dos filhos por questões de emigração, podem sempre contar com os amigos e com vizinhos para os ajudarem. Referem igualmente que os pacientes que só podem contar com a família em qualquer uma das dimensões do apoio são os que reportam níveis de QV mais baixos, talvez porque as redes familiares são involuntárias e baseadas no sentido de obrigação, o que pode introduzir efeitos complexos e nem sempre positivos para a QV dos idosos. Por sua vez, a amizade é uma relação voluntária, espontânea e mais funcional no entendimento das necessidades, pelo que os relacionamentos entre amigos idosos são benéficos para ambos e traduzem-se num apoio bilateral (Resende, Bones, Souza, & Guimarães, 2006). A importância dos amigos, que em conjunto com a família permitem que os pacientes reportem níveis mais elevados de QV, remete-nos à questão de que o AS será mais eficaz quanto melhor for a qualidade intrínseca da relação do que propriamente os tipos de laços que ligam os indivíduos, ou mesmo a quantidade de relações existentes.

Globalmente os indivíduos mostraram níveis médios de satisfação com o apoio social nas 3 dimensões – emocional, material e informativa –, os quais se mostraram mais elevados que os níveis médios de necessidade. No entanto, não foram encontradas relações significativas entre as variáveis satisfação com o AS e o nível de QV. Um outro estudo, com 100 doentes em período de internação hospitalar, constatou que os indivíduos com melhor AS fornecido pelos elementos da família se adaptaram melhor e mais rapidamente à doença do que os outros, com níveis de apoio mais baixos. Os sujeitos que tinham níveis mais altos de apoio social, que estavam satisfeitos com os seus contatos sociais e que simultaneamente possuíam um locus de controle interno demonstravam também níveis mais elevados de bem-estar (Rodrigues, 2008).

Um resultado semelhante foi obtido por Correia (2009) em um estudo realizado no Concelho de Faro com idosos entre os 68 e os 88 anos (institucionalizados e não institucionalizados) que recebiam apoio formal e/ou informal e que, apesar de demonstrarem elevados níveis de

satisfação em relação a esses apoios, percebiam sua QV como razoável (nem boa, nem má), não se verificando diferenças significativas entre os que usufruíam e os que não usufruíam de qualquer apoio. Idêntico resultado apresentado por Carneiro (2012) relativamente à QV afirma que os pacientes institucionalizados apresentam melhor média quando comparados com os pacientes que vivem na comunidade. No entanto, essas diferenças não foram significativas em nenhum dos domínios. Deve-se considerar que, na internação, os grandes problemas que afetam os idosos não se restringem só às questões de doença, mas também a situações de solidão, sentido de perda de contatos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de apoio social e à perda de autonomia (Costa, 2011).

Conclusão

Dada a importância das variáveis QVRS e AS, este estudo permitiu refletir sobre o envelhecimento, a QV e as implicações na rede de apoio social. De forma global, conclui-se que os indivíduos que participaram deste estudo têm níveis de QV razoáveis seja na sua auto-percepção, na satisfação com a saúde e nos diferentes domínios, sendo que o pior nível da qualidade vida é sentido no domínio físico, o que é facilmente entendido pela condição de saúde em que se encontram.

Os níveis de necessidade e de satisfação com AS também são razoáveis e, de forma geral, a satisfação que os indivíduos apresentam com o AS é superior à necessidade sentida. Apesar dos níveis de satisfação com o AS referidos pelos pacientes, a necessidade de apoio informativo (conselho e feedback positivo) associa-se negativamente com os níveis de QV nos domínios psicológico e das relações sociais, ou seja, afetam os níveis de autoestima, de bem-estar psicológico, autoimagem e as relações que têm com os outros.

Os níveis de QV reportados no domínio físico (bem-estar físico) e das relações sociais estão associados à composição da rede apoio emocional (relacionada com os sentimentos pessoais e com a participação social) e à de apoio material (ajuda física e económica). Os níveis mais elevados de QV são reportados pelos pacientes que contam com familiares e amigos para lhes dar apoio.

Não obstante o apoio social ser considerado como um fator promotor de saúde e de QV nas unidades de cuidados continuados, essa relação não foi muito evidente, pois, entre as poucas relações estabelecidas, a maioria foram correlações fracas.

Apontamos como limitações o efetivo número reduzido da amostra, e a necessidade de estudar pacientes de várias redes do país, avaliando as incapacidades mais comuns em cada uma das tipologias, e as redes de apoio social de cada uma das regiões.

O fato de o nosso estudo ser predominantemente transversal limitou as certezas acerca das diferenças na idade dos pacientes internados nas diferentes tipologias, pelo que seria recomendável que futuras investigações nesta área utilizassem uma metodologia longitudinal que permita o estudo dos participantes ao longo do tempo no sentido de avaliar a estabilidade dos dados sociodemográficos e de

AS. Considera-se importante a realização de novos estudos sobre o funcionamento das UCC, com amostras mais amplas, incluindo outras variáveis, como, por exemplo, o “tempo de internação” e a presença de “doenças incapacitantes” no sentido de averiguar se estas interferem na relação QV e AS. Sugerimos, ainda, a realização de atuações dirigidas a fomentar a intervenção multidisciplinar, a formação e a investigação, subsidiando as práticas de encontros com sentido entre cuidadores e pacientes, contribuindo para o delineamento de estratégias de promoção do envelhecimento positivo da saúde nessa população específica no Algarve.

Referências

- Amaro, F. (2001). *A classificação das famílias segundo a escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso
- Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barros, E. J. L., Santos, S. S. C., & Erdmann, A. L. (2008). Rede social de apoio às pessoas idosas estomizadas à luz da complexidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 595-601.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 270-277.
- Canavaro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Carneiro, A.R.G. (2012). *Qualidade de vida, satisfação com o suporte social e o funcionamento social na esquizofrenia. Estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados* (Unpublished master's dissertation). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Del-Prete, Z., & Del-Prete, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Correia, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro* (Unpublished master's dissertation). Faculdade Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro, Portugal).
- Costa, A. C. (2011). *Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada* (Unpublished master's dissertation). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Davies, E., & Higginson, I. (2004). *Palliative care: The solid facts*. Milão: OMS & European Association for Palliative Care.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República, nº 109/2012 - I Série A*. Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho e Solidariedade.
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Friedman, L. C., Brown, A. E., Romero, C., Dulay, M., Peterson, L., Weirman, P., & Lomas, J. (2005). Depressed mood and social support as predictors of quality of life in women receiving home health care. *Quality of Life Research*, 14, 1925-1929.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultado de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador* (Unpublished master's dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal).
- Hildon, Z. M. A., Montgomery, S. M., Blane, D. M. S. C., Wiqgins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examinando resiliência de qualidade de vida no rosto de relacionados à saúde e psicossocial adversidade em idades mais avançadas: O que é “direito” sobre a forma como envelhecemos? *A Gerontologia*, 50(1), 36-47.
- Katz, S., & Stroud III, M. W. (1989). Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. *Journal of American Geriatric Society*, 37(3), 267-71.
- Irigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em idosos: A importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 297-304.
- Joial, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Lemos, N., & Medeiros, S. L. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In: E.V. de Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. C. Cançado, M. L. Gorzoni, & S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Macêdo, T. E. P. M., & Fernandes, C. A., & Costa, I. S. (2013). Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: Estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 629-637.
- Martins, J. J., Schneider, D. G., Coelho, F. L., Nascimento, E. P., Albuquerque, G. L., Erdmann, A. L., & Gama, F. O. (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 265-271. Doi:10.1590/S0103-21002009000300005.
- Nunes, C., Lemos, I., Ayala Nunes, L., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 313-320.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paúl, C., & Fonseca (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M., & Vianna, L. A. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101-107.
- Pereira, M. G., & Carvalho, H. (2012). Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicologia*, 20(2), 369-383.

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. "Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social." *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Retirado de <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci>
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para a América Latina*, 5, 164-177.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: Estudo exploratório* (Unpublished master's dissertation). Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal.
- Silva, H. S., & Gutierrez, B. A. O. (2013). Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22, 148-159.
- Shechter, M., Auslander, G., Weinmann, E. E., & Bass, A. (2003). Quality of life and social support following distal arterial bypass in elderly patients. *Israel Medical Association Journal*, 5, 322-325.
- Tahan, J., & Carvalho, A.C.D. (2010). Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde e Sociedade*, 19, 878-888.
- Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. (2013). *Implementação e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI Relatório final). Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Recebido em 06.11.2013

Primeira decisão editorial em 28.10.2014

Versão final em 10.11.2014

Aceito em 13.12.2014 ■