

## QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL DOS UTENTES DA REDE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

António Duarte <sup>1</sup>✉, Natércia Joaquim<sup>2</sup>, Fátima Lapa<sup>3</sup>, & Cristina Nunes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar do Algarve – CHA, Faro, Algarve, Portugal; <sup>2</sup> Universidade do Algarve- UALG, Faro, Algarve, Portugal; <sup>3</sup>Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve- ESS- UALG, Faro, Algarve, Portugal; <sup>4</sup> Universidade do Algarve, Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações- UALG- CIEO, Faro, Algarve, Portugal.

---

**RESUMO-** A perceção da qualidade de vida (QdV) e do suporte social (SS), e as relações com o nível de independência funcional nas atividades de vida diárias (AVD) e características sociodemográficas, foram avaliados em 60 utentes da RNCCI (domiciliários) no Algarve, através do Índice de Independência nas AVD, WHOQOL-Bref, Arizona Social Support Interview Schedule e questionário sociodemográfico. Mulheres muito idosas domiciliadas, parcialmente dependentes, perceberam maior necessidade e satisfação no apoio emocional, com familiares, como fonte de apoio material. Observaram-se médias elevadas de perceção ambiental e baixas de QdV física. O WHOQOL-Bref apresentou boa fiabilidade.

Correlacionaram-se positivamente, a satisfação no apoio emocional e QdV física e psicológica, e o total da rede no mesmo apoio e as relações sociais. Mulheres parcialmente dependentes perceberam melhor QdV física. Ter cônjuge, correlacionou-se com melhor QdV ambiental, e maior necessidade de apoio material percebido. Correlacionaram-se positivamente níveis de independência com as dimensões do SS percebido com o ambiente, e negativamente com o físico e o psicológico da QdV. O envelhecimento e a dependência populacional são globais, nacionais e locais, daí a importância da divulgação deste estudo, como momento de reflexão, para uma perceção mais alargada e menos redutora do envelhecimento, dependência, qualidade e apoio social.

*Palavras-chave* - dependência; domicílio; envelhecimento; qualidade de vida; suporte social.

---

## QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT OF USERS OF HOME CARE

**ABSTRACT-** The perceived quality of life (QdV), social support (SS), and the relations with functional independence level on the daily activities (AVD) and on social-demographic features were evaluated in 60 users of the home-served RNCCI, in Algarve, through the Independence index of the AVD, WHOQOL-Bref, Arizona Social Support Interview Schedule and demographic questionnaire. Elder partially dependent domiciled women perceived greater need and satisfaction in emotional support, with family members, as a source of material support. High environmental perception low QdV averages were observed. WHOQOL-Bref presented good reliability. Emotional support and satisfaction,

---

✉ Centro Hospitalar do Algarve – CHA- Faro, Algarve, Portugal. Estrada Nacional 125, Apartado 92, 8001-908, Faro. Telef.:962932972. E-mail: [ajaduarte@gmail.com](mailto:ajaduarte@gmail.com)

the physical and psychological QdV and the overall network were determined to be positively correlated, on the same support and social relationships. Partially dependent women perceived a better physical QdV. Have a spouse correlated better with the environmental QdV and with greater need of material support perceived. Independence levels correlated positively with the dimensions of the SS perceived with the environment, and negatively with the physical and the psychological of the QdV. Aging and population dependency are global, national and local, hence the importance of the dissemination of this study as a moment of ponderation towards a more holistic sense of such concepts associated to quality and social support.

*Key- words* - dependency; domicile; aging; quality of life; social support.

---

Recebido em 25 de Fevereiro de 2014/ Aceite em 25 de Setembro de 2014

O envelhecimento demográfico é uma das tendências mais significativas do século XXI. Projeta-se mundialmente em 2050, cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais (Pires, Dias, Couto & Castro, 2013). Fenómeno particularmente visível na Europa, como a região mais envelhecida do mundo, com 16% de idosos, em que Portugal figura em 5º lugar com 19% (Population Reference Bureau, 2012).

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, conceptualizou o envelhecimento ativo, como processo de otimização de oportunidades de vida saudável, participação social e segurança em atividades socialmente produtivas, no sentido de aumentar a qualidade de vida (QdV) na população envelhecida (Organização Mundial da Saúde, 2005). Estes pilares do envelhecimento, implicam autonomia e independência nas atividades de vida diária (AVD), tornando-se fundamentais, para a perspetiva do idoso em termos de QdV e satisfação, com o seu ambiente social e físico (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

A diminuição progressiva de autonomia física e cognitiva consequente ao envelhecimento, são uma realidade em Portugal. Com efeito, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (2007) estimou que cerca de 600 000 idosos se tornem dependentes funcionalmente nas AVD ao longo das suas vidas. Situação que trouxe consigo, a necessidade aumentada na procura de cuidados sociais e de saúde, tornando-se premente, o desenvolvimento e adaptação estruturais nos serviços de saúde e de apoio social de modo a dar várias respostas, novas alternativas, que respondam às necessidades do idoso/pessoa dependente/família. Algumas destas respostas, vieram com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção Geral da Saúde, 2004), ao enfatizar a manutenção de independência, QdV e recuperação global do idoso, inserido no domicílio e ambiente habitual de vida. Aprovada a estrutura da Rede de Cuidados Continuados pelo Decreto-Lei n.º 281/2003, é objetivada a prestação de cuidados de saúde e sociais pelo acompanhamento, manutenção e/ou recuperação da autonomia do idoso dependente.

Neste sentido, o Decreto-Lei nº 101/2006 regulamenta a (re) organização da RNCCI, em unidades de dia, de internamento, e em equipas domiciliárias. Esta reforma, implicou alterações neste tipo de rede, criando-se as ECCIs, prestadoras de serviços domiciliários promotores de melhor QdV no idoso/pessoa dependente, cuja situação não exige institucionalização, mas que

impossibilite a deslocação do lar (Unidade de Missão de Cuidados de Continuados Integrados, 2013).

A preocupação com a avaliação da QdV na perspetiva do idoso/pessoa dependente, tem emergido exponencialmente. Embora ainda, inexista um consenso sobre o seu significado, há unanimidade científica em a referir, como a perceção que a pessoa tem da sua posição na vida, sistemas cultural e de valores em que se insere, relacionados com os seus objetivos, expetativas e preocupações (The WHOQOL Group, 1997), sendo um fator importante na manutenção da integridade física e mental no seu ciclo vital (Inouye, Barham, Pedrazzani & Pavarini, 2010).

Para uniformizar estes aspetos e conferir estatuto científico ao conceito de QdV, o WHOQOL Group (1998a, 1998b) definiu o conceito com precisão, criando instrumentos que o avaliam subjetivamente. Em Portugal, sofreram revisões no seu desenvolvimento, estudos psicométricos e aplicação (Canavarró et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006a, 2006b).

A QdV no envelhecimento e na dependência, apresenta associação direta com as condições ambientais facilitadoras de adoção de comportamentos adaptativos com a QdV percebida e com o sentido de autoeficácia (Irigaray & Trentini, 2009). Esta auto-perceção de capacidade funcional é um dos conteúdos primários da QdV, com forte associação a fatores demográficos, psicossociais, de saúde, e de suporte social (SS) (Fonseca & Rizzotto, 2008).

Este é, um construto pluridimensional que avalia duas dimensões, consideradas em três tipos de apoio. Este estudo, analisou o SS percebido (suporte que a pessoa indica ter disponível quando dele precisa), pois o seu impacto na saúde é maior, do que o recebido (Macedo, Nunes, Costa, Nunes & Lemos, 2013; Nunes, Lemos, Costa, Nunes & Almeida, 2011; Nunes, Lemos, Nunes & Costa, 2013). É consensual, a existência de relação significativamente positiva entre o SS percebido e a QdV (Lachman & Agrigoroaei, 2010).

O suporte de apoio em rede, ajuda o idoso/pessoa dependente e família, nos cuidados de saúde, trabalhos domésticos, assuntos administrativos e financeiros, se necessário. A saúde física, o bem-estar mental e as funções sociais destas pessoas, tem efeitos positivos decorrentes das respostas dadas pela rede de SS, sendo assim determinante para um envelhecimento bem-sucedido (Alarcão & Sousa, 2007). Estudo que relaciona o apoio social e a saúde do idoso conclui, que uma boa saúde está associada a um bom nível de QdV, e que o SS percebido, é facilitador de recuperação, afetando positivamente a perceção dessa mesma qualidade (Low, Molzahn & Schopflocher, 2013). Nesta linha de ideias, são fundamentais, mais estudos portugueses que relacionem o SS e a QdV na ótica do idoso/pessoa dependente em ambiente domiciliário, para que os seus resultados possam demonstrar a importância positiva desta relação e assim, direcionar programas promotores de saúde, e facilitar a implementação de políticas de saúde que respondam às necessidades particulares desta população específica.

O presente estudo, pretendeu analisar o nível de QdV e o da rede de SS percebidos, e a sua relação com as características sociodemográficas e o nível de independência funcional (NIF) nas AVD, em utentes inscritos na RNCCI (domiciliários) no Algarve.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra de conveniência constitui-se por 60 pessoas inscritas na RNCCI (domiciliários), distribuída pelas ECCIs, de Olhão com 18 (30%), Faro 13 (21,7%), Portimão 11 (18,3%), Lagoa 6 (10%), Silves 5 (8,3%), Loulé 4 (6,7%), e Quarteira com 3 (5%). Os critérios de inclusão dos participantes, incluíram ter capacidades cognitivas que viabilizassem o preenchimento dos instrumentos de avaliação, usufruir do apoio das ECCIs do Algarve e consentir voluntariamente em participar no estudo: 33(55%) eram do sexo feminino e 27 do masculino (45%), com idades entre 36-94 anos ( $M=75,65$ ;  $DP=11,62$ ), distribuídas por 27 (45%) com  $\geq 80$  anos, classificado como muito idoso(a), 23 (38,3%), entre  $\geq 65$  e  $< 80$  anos em idoso(a) e 10 (16,7%) com  $< 65$  anos em adulto(a). A amostra, no estado civil, distribuiu-se por 33 (55,1%) casado(a), 20 (33,3%) e 7 (11,6%) solteiro(a) ou divorciado(a)/separado(a), e na situação laboral em 95% ( $n=57$ ) reformado(a) e 5% ( $n=3$ ) noutra situação (desempregado/a ou de baixa médica). Na coabitação, 54,4% ( $n=31$ ) vivia com o cônjuge, 29,8% ( $n=17$ ) com familiares diretos, 12,3% ( $n=7$ ) sozinho(a) e 3,5% ( $n=2$ ) com outros.

No que concerne ao NIF nas AVD, 37 (60,3%) encontravam-se parcialmente dependentes, 12 (20,7%) totalmente independentes e 11 (19%) totalmente dependentes.

### *Material*

Foi utilizado um questionário sociodemográfico que permitiu recolher dados relativos à idade, sexo, estado civil, coabitação e situação laboral.

O NIF foi avaliado pelo Índice de Independência nas AVD de Katz e Akpom (1976), seguindo um protocolo específico, que avalia a autonomia física e os resultados do tratamento e prognóstico em idosos e doentes crónicos (Wallace & Shelkey, 2008). Este protocolo, segue uma categorização alfabética por cada tipo de independência/dependência nas AVD. Seguiu-se este protocolo, questionando os participantes numa escala de Sim/Não para a sua independência em cada AVD, pontuada em 0 para independente e 1 para dependente. Somou-se o número de atividades em que o participante era dependente, considerou-se o score 0 para independência total, 1 dependência parcial com ajuda de acessórios, 2 dependência parcial com ajuda humana, e 3 dependência total. Para apresentação dos resultados, categorizaram-se os participantes em totalmente independente (em todas as atividades), parcialmente dependente (em 2 a 5 atividades) e totalmente dependente (em todas as atividades).

A QdV foi avaliada através do WHOQOL-Bref versão portuguesa de Vaz Serra et al., (2006b). Este instrumento avalia a QdV nos seus diferentes domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e o nível geral de perceção da QdV e o nível de saúde, não contabilizadas nos restantes domínios. A escala de resposta é do tipo Likert pontuada de 1 a 5, cujos resultados nos domínios são calculados pela média aritmética, para as facetas dos resultados obtidos nas questões que constituem o instrumento. A pontuação total e por domínio são convertidas numa escala de 0 a 100 pontos, em que valores mais elevados estão associados a uma avaliação mais positiva de QdV.

O SS percebido foi avaliado pela Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de Barrera adaptado por Nunes et al. (2011). É um guia de entrevista com 27 itens, que medem o tamanho disponível e a composição da rede, na necessidade e satisfação percebidas com o

suporte recebido, no apoio emocional, material e informativo, numa escala de 1 (nenhuma necessidade/satisfação) a 10 (total necessidade/satisfação).

### *Procedimento*

Estudo quantitativo, tipo descritivo e correlacional, com recorte transversal. A recolha de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2011, após obtenção da autorização da ARS Algarve e o consentimento informado dos participantes.

A descrição das variáveis foi realizada por frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão. Para comparação dos valores das variáveis foram utilizados o teste Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis, uma vez que as variáveis apresentaram distribuição não normal. Comparações estatísticas entre a QdV e SS, variáveis sociodemográficas e o NIF nas AVD, foram realizadas pelos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman. Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS para ambiente Windows, versão 19.

## RESULTADOS

Verificou-se, que a maioria dos participantes são mulheres muito idosas, casadas, vivem com o cônjuge, reformadas e parcialmente dependentes nas AVD. Na constituição das redes de SS, os familiares emergiram como a sua única fonte, e através destes, os participantes perceberam maior apoio material (84,7%), informativo (73,3%) e emocional (66,7%). O conjunto de familiares e amigos, foi a fonte da rede percebida, no apoio emocional (30%), informativo (18,3%), e material (11,9%). Fontes de apoio informativo foram, só os amigos (6,7%), e a combinação com os profissionais (1,7%).

As médias mais elevadas do SS, apresentaram-se na necessidade de apoio emocional ( $M=4,29$ ;  $DP=2,08$ ) e material ( $M=3,56$ ;  $DP=2,44$ ), a mais baixa no informativo ( $M=1,98$ ;  $DP=1,59$ ). Médias da satisfação com o apoio emocional ( $M=6,1$ ;  $DP=2,65$ ), material ( $M=4,36$ ;  $DP=2,7$ ) e informativo ( $M=3,26$ ;  $DP=3,04$ ), mostraram satisfação com o SS.

Nos valores das médias dos domínios da QdV, foram o ambiente ( $M=50,1$ ;  $DP=11,6$ ), psicológico ( $M=48,8$ ;  $DP=15,7$ ) e relações sociais ( $M=47$ ;  $DP=18$ ) os níveis mais elevados, e o físico ( $M=34$ ;  $DP=16,3$ ) os mais baixos. A consistência interna da versão portuguesa do WHOQOL-Bref aplicada à amostra, apresentou valores de alfa de 0,89 nos 26 itens, 0,83 no domínio físico, 0,79 no psicológico, 0,72 no ambiente e 0,69 nas relações sociais.

O quadro 1 sugere a existência de correlações significativas ( $p<0,05$ ) entre a satisfação no apoio emocional do SS percebido e o domínio físico e o psicológico da QdV, e entre o total da rede no apoio emocional e nas relações sociais da QdV.

## Quadro 1.

*Caracterização da Amostra nas Correlações entre as Dimensões do SS e Domínios da QdV*

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio relações sociais	Domínio ambiente	Perceção geral de QdV	Perceção geral de saúde
<b>Necessidade</b>						
Apoio emocional	0,04	0,12	0,04	-0,06	-0,16	-0,14
Apoio material	-0,17	0,03	-0,19	-0,17	-0,12	-0,03
Apoio informativo	-0,03	0,08	-0,25	-0,10	-0,06	-0,15
<b>Satisfação</b>						
Apoio emocional	0,31*	0,26*	0,25	0,14	0,002	0,11
Apoio material	0,05	0,05	-0,12	-0,02	-0,08	-0,01
Apoio informativo	0,23	0,18	0,06	0,08	0,19	0,14
<b>Total da rede</b>						
Apoio emocional	0,23	0,07	0,30*	0,16	0,11	0,13
Apoio material	0,08	0,06	0,01	-0,02	0,12	0,12
Apoio informativo	0,22	0,10	0,02	0,21	0,17	0,07

\* $p < 0,005$ . Coeficiente de correlação de Pearson

A análise da significância da influência das variáveis sociodemográficas e o NIF nas AVD, nos domínios da QdV e dimensões do SS percebido, confirma a existência de diferenças significativas ( $p=0,04$ ) entre o sexo e a QdV, em que as mulheres apresentaram nível mais elevado no domínio físico da QdV ( $M=37,28$ ;  $DP=16,02$ ). No estado civil, considerando-se duas categorias, agrupadas em solteiro(a)/viúvo(a)/divorciado(a)/separado(a), e em “com cônjuge” e “sem cônjuge”, verificou-se diferenças significativas positivas entre estes grupos no domínio ambiente da QdV ( $p=0,01$ ) com a necessidade de apoio material ( $p=0,04$ ) no SS, verificando-se serem as mulheres com cônjuge a perceberem melhor QdV ( $M=53,22$ ;  $DP=11,24$ ) com nível superior de necessidade de apoio ( $M=40$ ;  $DP=2,3$ ).

No quadro 2, observa-se a existência de diferenças significativas positivas entre o NIF nas AVD e a perceção de necessidade ( $r=0,47$ ;  $p<0,01$ ) e de satisfação no apoio material ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ) do SS, e correlações significativas negativas com o domínio físico ( $r=-0,36$ ;  $p<0,01$ ) e o psicológico ( $r=-0,35$ ;  $p<0,01$ ) da QdV. A faixa etária não apresentou relações significativas com o SS e com a QdV.

Quadro 2.

*Caracterização da Amostra nas Correlações entre a Faixa Etária e o NIF nas AVD com as Dimensões do SS e os Domínios da QdV*

Dimensões/Domínios	Faixa etária	NIF nas AVD
Suporte Social		
Necessidade		
Apoio emocional	0,18	-0,03
Apoio material	0,11	0,47**
Apoio informativo	0,08	0,03
Satisfação		
Apoio emocional	0,04	-0,07
Apoio material	0,12	0,26*
Apoio informativo	-0,06	-0,09
Total da rede		
Apoio emocional	0,08	-0,04
Apoio material	0,12	0,07
Apoio informativo	0,20	0,04
Qualidade de Vida		
Domínio físico	-0,11	-0,36**
Domínio psicológico	-0,21	-0,35**
Domínio relações sociais	-0,21	-0,26
Domínio ambiente	-0,14	-0,25
Qualidade de vida global	-0,09	-0,16
Satisfação com a saúde	0,03	-0,11

\* <p 0,05; \*\* p ≤ 0,01, Coeficiente de correlação de Spearman

## DISCUSSÃO

Os resultados da caracterização sociodemográfica da amostra deste estudo, retratam mulheres muito idosas, casadas, a viverem com o cônjuge e reformadas. Perfil este, globalmente apresentado noutro estudo (Paskulin, Córdova, Costa & Vianna, 2010). Alguns aspetos específicos, também são consistentes, o agravamento da dependência aumenta com a idade e assim diminui a autonomia (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003), as mulheres são mais dependentes, pela tendência de viverem mais do que os homens até idades mais avançadas (Organização Mundial da Saúde, 2005) e conseqüentemente, maior expectativa de vida, condição que pode contribuir para um envelhecimento sem apoio do cônjuge e restantes familiares (Martins et al., 2009), caso venham a desenvolver algum tipo de dependência. O NIF avaliado pelo Índice de Independência nas AVD de Katz e Akpom (1976) a maioria encontrava-

se parcialmente dependente (60,3%). Resultados, nesta mesma classificação de dependência, superiores aos de estudos realizados no Brasil (10,4%) (Del Duca, Silva & Hallal, 2009) e em Portugal (49,5%) (Amaral & Vicente, 2000), mas inferiores aos elaborados em França (69, 7%) (Artaud et al., 2013) e no Brasil (79%) (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Diferenças, que podem ser atribuídas à associação de fatores, internos e externos, que variam em consequência das características sociais, demográficas, de cada realidade geográfica. A literatura que segue esta linha de investigação (Wallace & Shelkey, 2008), demonstra a importância do seu uso na avaliação da capacidade funcional relacionada com a necessidade e satisfação no SS e com a QdV percebidas. Várias pesquisas, utilizam-na, normalmente associada a outras medidas de avaliação (Duarte et al., 2007; Reijneveld, Spijker & Dijkshoorn, 2007).

Na composição da rede de SS no domicílio, através da adaptação da ASSIS (Nunes et al., 2011), observou-se que a receção de maior apoio no total da rede e das dimensões do SS recaiu nos familiares, predominantemente no apoio material. O conjunto de familiares e amigos, constituiu-se boa fonte de apoio emocional, enquanto só os amigos (maioritariamente) e a combinação com os profissionais foram fracas fontes de apoio informativo. Efetivamente os dados disponíveis são consensuais. Estudo desenvolvido em pessoas com doença oncológica, concluiu que à medida que a idade aumenta, diminuiu a satisfação com o SS proveniente dos amigos (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). Os familiares e amigos, são os que mais ajudam na dependência física (Faquinello & Marcon, 2011). Os amigos e vizinhos constituem fontes de apoio informativo em idosos, consequência do estabelecimento de relações horizontais, do sentimento coletivo, e da passagem de conhecimentos de pessoas que já experienciaram situações semelhantes, observando-se assim uma transmissão de saberes de informações de caráter popular (Brazil et al., 2012) em detrimento ao apoio informativo cientificamente fornecido por profissionais. As pessoas querem e precisam de se sociabilizar, pois as situações diárias sucedem-se. Poder contar com alguém disponível a ajudar nos cuidados, escutar, conversar, aconselhar, informar e solucionar as situações, é fundamental. As vivências diárias integradas na existência dos idosos, principalmente quando dependentes, devem ser uma realidade. A partilha de sentimentos, ajuda física e material na dependência, necessidade de aconselhamento, ocorre principalmente entre familiares, e amigos. Contudo, muitos não têm familiares próximos e contam só com os amigos para os ajudar nas AVD, constituindo-se assim a sua rede de SS (Leite, Battisti, Berlezi & Scheuer, 2008). Confirmou-se, elevada percepção de necessidade e satisfação no apoio emocional, resultados que indiciam, a importância da relação do apoio de interação social positiva com o apoio afetivo.

Nos valores obtidos na QdV percecionada, pela versão portuguesa do WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006b), destacou-se o domínio ambiente com maior significado, e o físico com menor. Estudo aplicado em idosos portugueses, corrobora estes resultados, apresentando médias elevadas no ambiente e baixas no físico (Oliveira, 2011). Avaliar o idoso/pessoa dependente no ambiente domiciliário, é importante, pois este pode ser, promotor de percepção de maior satisfação e melhor QdV (Paschoal, 2011). O WHOQOL-Bref demonstrou boa fiabilidade, com alfas de Cronbach de 0,89 nos 26 itens e 0,83 a 0,69 nos respetivos domínios, resultados apoiados por Vaz Serra et al. (2006b) pelo valor de alfa de 0,92 encontrados nos 26 itens na sua versão portuguesa.

Os participantes mais satisfeitos com o apoio emocional percecionaram melhor QdV física e psicológica. Autores sustentam, a particular relação da satisfação com a intimidade e o afeto

relacional, e níveis de autonomia funcional mais elevados, apoiados por melhor significado de autoimagem e autoestima (Pereira et al., 2006). A percepção de maior apoio emocional na totalidade da rede de SS relacionou-se com uma melhor QdV nas relações sociais. Efetivamente ter relações de maior proximidade e intimidade afetiva com familiares e/ou amigos, tendo-os como confidentes e fontes de conforto e cuidados, influencia positivamente a percepção que se tem de QdV social. A baixa consistência interna no domínio das relações sociais verificado, foi encontrada noutras pesquisas (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

As mulheres idosas apresentaram melhor percepção no domínio físico da QdV. Este significado, parece relacionar-se com o sentido ambíguo conferido pelas mulheres ao processo de envelhecimento. Por um lado, entendem-no como um período de limitações e dependência, por outro lado, experienciam-no como uma oportunidade para desfrutarem livre e positivamente os anos de vida restantes, com maior atenção à saúde e ao autocuidado, enquanto, que para os homens idosos, parece estar relacionado à doença, dependência, aposentação e limitação produtiva (Fernandes & Garcia, 2010). No entanto, numa investigação em idosos brasileiros, verificou-se serem os homens os que melhor gerem o seu envelhecimento, por apresentarem maiores valores no domínio físico do WHOQOL-Bref, e maior capacidade funcional, do que as mulheres (Pereira et al., 2006).

As idosas casadas com cônjuge evidenciaram melhor QdV no domínio ambiente e maior necessidade percebida no apoio material. Defendendo que, à medida que se envelhece, as capacidades de adaptação vão diminuindo, tornando-se por isso o idoso mais sensível à sua segurança e proteção física vivenciadas no lar, e à eficácia e disponibilidade na ajuda nos cuidados de saúde e sociais que possibilite a sua participação, tornando assim, agente relevante na promoção do SS percebido. Neste sentido, é nas relações mais íntimas, que a mulher se apresenta menos sozinha/insatisfeita, ao avaliar subjetiva e positivamente, o ambiente e as redes sociais que a rodeia (Paúl et al., 2005), sentindo-se por isso mais segura e protegida no ambiente experienciado no lar. A maior necessidade percecionada de apoio material, poderá ser explicada pela necessidade de ajuda de terceiros para cuidarem... e também para serem cuidadas!

Observou-se melhor nível de apoio material nas dimensões do SS percebido, resultado corroborado pelos dados do estudo de Brito e Pavarini (2012). A percepção de níveis mais baixos no domínio psicológico e no físico da QdV foi também observada. Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009) num estudo desenvolvido em idosos, apoiam estes dados.

Com este estudo esperamos contribuir para o delineamento de estratégias de promoção do envelhecimento positivo da saúde nesta população específica no Algarve.

### REFERÊNCIAS

- Alarcão, M., & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43, 613-621. doi:10.1590/S0034-89102009005000030

- Amaral, M. F., & Vicente, M. O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 18*, 23-31.
- Artaud, F., Dugravot, A., Sabia, S., Singh-Manoux, A., Tzourio, C., & Elbaz, A. (2013, july). Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study. *British Medical Journal, 347*. doi:10.1136/bmj.f4240
- Brazil, P., Torres, M. J., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Domingues, M. A., Batistoni, S., ... Cachioni, M. (2012). Características de rede de suporte social masculina e feminina no quadrante família do Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso-MMRI, de estudantes frequentadores de Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Temática Kairós Gerontologia, 15*, 53-70.
- Brito, T. P., & Pavarini, S. I. (2012). Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*, 677-84. doi:org/10.1590/S0104-11692012000400007
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... 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*, 15-23.
- Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro. *Diário da República, nº 259/2003 - I Série A*. Ministério da Saúde.
- 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.
- Del Duca, G. F., Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2009). Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Revista de Saúde Pública, 43*, 796-805. doi:org/10.1590/S0034-89102009005000057
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Duarte, Y., de Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP, 41*, 317-325. doi:org/10.1590/S0080-62342007000200021.
- 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.
- Faquinello, P., & Marcon, S. S. (2011). Friends and neighbors: An active social network for adult and elderly hypertensive individuals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45*, 1345-1352. doi:org/10.1590/S0080-62342011000600010
- Fernandes, M. M., & Garcia, L. O. (2010). Sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade, 19*, 771-783. doi:10.1590/S0104-12902010000400005.
- Fonseca, F. B., & Rizzotto, M. L. F. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem, 17*, 365-373. doi:org/10.1590/S0104-07072008000200020
- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. I. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 23*, 582-592. doi:org/10.1590/S0102-79722010000300019.

- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 26, 297-304. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300003.
- Katz S., & Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 6, 493-508. doi: 10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K.
- Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2010). Optimizing health: A lifespan approach. In P. Rothstein & D. Schull (Eds.), *Beyond boomers: Reconsidering the role of libraries*. (pp.15-22). New York: American Library Association.
- Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., & Scheuer, A. I. (2008, abr-jun). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17, 250-7. doi: 10.1590/S0104-07072008000200005.
- Low, G., Molzahn, A. E., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, PMC3765777. doi: 10.1186/1477-7525-11-146.
- Macedo, C., Nunes, C., Costa, D., Nunes, L. A., & Lemos, I. (2013). Apoio social, acontecimentos stressantes, adaptabilidade e coesão em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 304-312.
- 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, 265-271. doi:10.1590/S0103-21002009000300005.
- Nunes, C., Lemos, I., Costa, D., Nunes, L., & Almeida, A. S. (2011). Social support and stressful life events in Portuguese multi-problem families. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5, 497-505.
- Nunes, C., Lemos, I., Nunes, L. A., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 313-320. doi:org/10.15309/13psd140207.
- Oliveira, I. M. N. (2011). *Qualidade de vida dos idosos do Centro de Convívio de Canidelo*. Trabalho de licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paschoal, S. P. (2011). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. Nery, F. X. Cançado, J. Toll, & M. L. Gorzoni (eds). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª ed. pp. 99-106). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Paskulin, L. G., Córdova, F. P., Costa, F. M., & Vianna, L. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 101-107. doi:10.1590/S0103-21002010000100016.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. C., Ribeiro, R. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para

- a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28,27-38. doi:10.1590/S0101-81082006000100005.
- Pires, F. O., Dias, P. C., Couto, T. V., & Castro, H. O. (2013, jan./mar.). O perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5,12-21. doi: 10.3895/S2175-08582013000100002.
- Population Reference Bureau (2012). *2012 World population data sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rosa, T. C., Benício, M. D'A., Latorre M. O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37, 40-48. doi:10.1590/S1413-35552010005000019.
- Reijneveld, S.A., Spijker, J., & Dijkshoorn, H. (2007). Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 382-8. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.02.022.
- Santos, C. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 163-174.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.
- The WHOQOL Group (1997). *Measuring quality of life: The World Health Organization Quality of Life Instruments*. Acedido em 6 Novembro 2013 [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- The WHOQOL Group (1998a). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- The WHOQOL Group (1998b). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00009-4
- Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados (2013). *Implementação e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Relatório final*, 2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006a). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 31-40.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, 41-49.
- Wallace, M., & Shelkey, M. (2008, april). Monitoring functional status in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*, 108, 64-71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000314811.46029.3d.