



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

Nelas, J.

Hospital S. Teotónio Viseu- EPE. Chefe de Serviço de Ortopedia. Quinta do Vigário, Lote 3. Ranhados - 3500-604 Viseu. Telefone: 968615100. joaquimnelas@gmail.com

Duarte, J.

Escola Superior de Saúde de Viseu- CI&DTES. Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102. 3500-843 Viseu. Telemóvel: 961011800.

Nelas, P.

Escola Superior de Saúde de Viseu - CI&DTES. Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102. 3500-843 Viseu. Telemóvel: 961011800. pnelas@gmail.com

Nelas, R.

Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Estudante. Quinta do Vigário, Lote 3. Ranhados - 3500-604 Viseu. Telefone: 968615100. ricardonelas@hotmail.com

RESUMO

Enquadramento: O suporte social (SS) familiar funciona com redes que permutam entre si bens e serviços. Se qualquer membro da família enfrenta um problema que comprometa a sua qualidade de vida, o grupo é inevitavelmente envolvido.

Objetivos: Analisar a importância da funcionalidade familiar como determinante na percepção do SS e identificar se a qualidade de vida interfere na percepção de SS.

Métodos: Estudo descritivo, analítico, e transversal, realizado numa amostra de 100 doentes submetidos a artroplastia dos membros inferiores (48 sexo masculino e 52 do feminino) com uma média de idade de 68,16 anos. Utilizou-se um questionário para caracterização da amostra, a escala de suporte social (EIESS) de Paixão & Oliveira (1996) a escala de qualidade de vida (SF-36) de Pais Ribeiro (2005) e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978)

Resultados: A funcionalidade familiar repercute-se no suporte emocional ($p=0,006$), suporte financeiro ($p=0,025$) e suporte social total ($p=0,036$). Comprovou-se que o suporte total ($p=0,044$), influencia a qualidade de vida, e o suporte social total é o que apresenta maior peso preditivo.

Conclusões: Este estudo proporciona uma visão dos familiares cuidadores, uma vez que eles agregam uma realidade que enriquece a compreensão da relação familiar das pessoas com doença física.

Palavras chave: Suporte social, qualidade de vida, funcionalidade familiar, independência funcional; idosos



(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

ABSTRACT

Background: Family social support (SS) works with nets that share goods and services between them. If a member of the family faces a problem that compromises his quality of life, the group is inevitably involved.

Objectives: To analyse the importance of familiar functionality as a determinant of SS perception and to identify if quality of life interferes in the perception of SS.

Methods: Descriptive, analytical and transversal study, with a sample of 100 patients submitted to inferior members arthroplasty (48 male and 52 female) with an average age of 68,16 years. We used a questionnaire to characterize the sample, the social support scale (EIESS) from Paixão & Oliveira (1996), the quality of life scale (SF-36) from Pais Ribeiro (2005) and the Family APGAR Scale from Smilkstein (1978).

Results: The familiar functionality is noticeable in emotional support ($p=0,006$), financial support ($p=0,025$) and in total social support ($p=0,036$).

It was confirmed that total support ($p=0,044$) influences quality of life; the total social support is the one which presents higher predictive validity.

Conclusion: This study enables a disclosure of family caregivers, since they contribute to the comprehension of the familiar relation of the person with physical illness.

Keywords: social support; quality of life; familiar functionality; functional independence; elderly

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, favorecido pelas melhores condições sócio-sanitárias de vida e o enorme avanço tecnológico, levou a uma explosão populacional impar neste século, colocando novas exigências às comunidades e grupos populacionais, tanto no que respeita à sua sobrevivência, como no que se refere às possibilidades de satisfação e garantia duma vida que se pretende vivida com qualidade até ao seu desfecho final.

Com o aumento da esperança de vida, também o número de doentes com patologia degenerativa aumentou. Este tipo de patologia nomeadamente a artrose da anca e joelho é uma das causas mais incapacitantes para o idoso reduzindo significativamente a sua mobilidade e a sua independência. As artroplastias da anca e do joelho criaram uma nova expectativa de vida, restabelecendo a esperança para muitos numa independência que até então julgavam ameaçada. As condutas terapêuticas utilizadas, especificamente a aplicação de implantes articulares, possibilitam que os doentes disponham de uma melhor qualidade de vida que lhes possibilite uma maior autonomia e independência, sendo estas duas variáveis um bom indicador de saúde. Estas estão associadas à realização de actividades básicas da vida diária, tais como, lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, controlar os esfíncteres, transferir-se de posição e alimentar-se.

Uma breve retrospectiva em termos globais, permite-nos constatar que apesar dos esforços desenvolvidos a nível político, os avanços e as melhorias conseguidas na qualidade de vida da maioria das pessoas idosas, quer no plano dos rendimentos, quer no plano da protecção social/acção social, estão longe de proporcionar condições para um envelhecimento com qualidade. Os cuidados a esta população são complexos e estão relacionados com cuidados médicos, enquadramento familiar e apoio social. A intervenção junto das pessoas com problemas de perda de autonomia exige, com efeito, respostas intersectoriais e articuladas, designadamente com os serviços de saúde, privilegiando os cuidados no domicílio, com destaque para os de reabilitação.

A família é o lugar primordial das trocas intergeracionais, é aí que as gerações se encontram e interagem de forma intensa. É o lugar da troca e da entajuda incondicional. As solidariedades e entajudas familiares funcionam com base em redes de pessoas (particularmente de parentesco)



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

que trocam entre si bens e serviços. Na realidade, as solidariedades familiares particularmente as intergeracionais têm uma importância relevante não só na economia das famílias, como também nas suas vidas quotidianas e trajetórias sociais. A família pode desempenhar um papel fundamental na reabilitação e reinserção social dos doentes submetidos a implantes dos membros inferiores, aceitando no seu seio e cuidando deles. Contudo, a prevalência da família nuclear da nossa sociedade torna difícil a permanência dos incapacitados no seu meio, razão pela qual a tendência é aliviá-la através do internamento institucional permanente dos incapacitados ou do apoio à família para que esta tenha condições de manter os seus membros (McCain, 1998).

Como diz Bernardo (1994), se qualquer membro de uma família enfrenta um problema que envolve uma ameaça à satisfação de sua real necessidade, o grupo, como um todo, é inevitavelmente envolvido de um modo ou de outro em diferentes graus. Esta apoiará o indivíduo na escolha de outros modos para enfrentar o problema, baseando-se em tradições culturais e experiências vividas ou sofridas. Nesta situação, os doentes que estão no domicílio dependem muito dos cuidados informais para sobreviverem, surgindo o termo “cuidador familiar” que é a pessoa da família que assume primordialmente a responsabilidade de promover acções de suporte, que assista ou ajuda um membro da família que tem necessidade evidente, com o objectivo de uma melhor qualidade ou estilo de vida.

No que diz respeito às redes sociais de apoio, tem-se assumido que estas têm efeitos positivos na saúde e bem-estar do indivíduo. No entanto, propriedades como o tamanho, a densidade, a reciprocidade e homogeneidade têm sido estudadas de forma a perceber que características estão associadas à qualidade de suporte social, assim como da sua relação com a saúde. Por outro lado, temos consciência que na actualidade os profissionais de saúde, orientam as suas práticas essencialmente para a patologia e para a lesão, reportando para segundo plano os primeiros sinais e sintomas relativos à incapacidade. Esta requer mais atenção, assim como, as desvantagens traduzidas pela doença em termos sociais, profissionais e familiares.

Considerando que a alta clínica implica o retorno do doente a casa e o verdadeiro confronto com a sua incapacidade, ela vai muitas vezes despertar no doente e família sentimentos frequentemente contraditórios, levando a respostas nem sempre consentâneas com a opinião e orientações transmitidas pelos técnicos de saúde. Tendo consciência de que o suporte social nomeadamente nos níveis emocional, financeiro e prático, pode colmatar lacunas decorrentes da situação de dependência e semi-dependência, foi nossa intenção saber qual a percepção que os doentes submetidos a implantes articulares dos membros inferiores têm sobre o suporte social que lhes é oferecido e qual a dimensão mais importante do mesmo, avaliar a importância da situação socio-económica na percepção do suporte social e a funcionalidade familiar como determinante na percepção do suporte social. Por último, pretendemos verificar se a independência funcional e a qualidade de vida interferem na percepção deste.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo enquadra-se no domínio não experimental, quantitativo, descritivo, analítico, correlacional e transversal. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário que permitiu a caracterização sócio-demográfica, que foi por nós elaborado após pesquisa bibliográfica. Tivemos também como suporte a seguinte bateria de escalas: **Escala de Graffar**; **Escala de Apegar Familiar** (Smilkstein, 1978); **Índice de Katz – Forma Actual**; **Escala de Qualidade de Vida Associada à Saúde (EQ-5D)** e a **Escala Instrumental e Expressiva de Suporte Social** (R. Paixão e R.A. Oliveira, 1996).

Optamos por seleccionar uma amostra não probabilística intencional, que teve por base os doentes vítimas dessa entidade nosológica observados na primeira consulta após a intervenção

**(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA**

cirúrgica, no sector das Consultas Externas do Serviço de Ortopedia do Hospital de S. Teotónio de Visu, no período de tempo compreendido entre Outubro de 2004 e Março de 2005. Foi critério de inclusão, os doentes terem sido submetidos a implantes articulares dos membros inferiores da anca e do joelho, encontrarem-se actualmente na primeira consulta após a cirurgia (4 a 6 semanas) e terem como idade mínima 60 anos. Assim o nosso estudo apresentou uma amostra constituída por 100 indivíduos dos quais 48 são do sexo masculino e 52 do sexo feminino.

RESULTADOS

As estatísticas sobre a idade para a amostra total revelam que os doentes apresentam uma idade mínima de 60 anos, uma máxima de 89 sendo a média de 68,16 anos e o desvio padrão de 7,17 anos. Para os indivíduos do sexo masculino a idade mínima e máxima é respectivamente de 60 e 84 anos, sendo a média de 67,23 anos e o desvio padrão de 6,53 anos. Relativamente aos doentes do sexo feminino encontramos uma idade mínima de 60 e uma máxima de 89 anos, com uma média de 69,02 anos e um desvio padrão de 7,67 anos. As idades entre os dois sexos não diferem uma vez que a probabilidade do teste t para diferenças de média não ser significativa ($t=-1,251$; $p=0,214$).

Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade

Grupos	Min	Max	Media	Dp	Sk	K	CV
Masculino	60	84	67,23	6,537	0,872	-0,085	9,723
Feminino	60	89	69,02	7,673	0,929	0,311	11,117
Grupo total	60	89	68,16	7,171	0,941	0,310	10,521

A quase totalidade (72,0%), dos inquiridos reside em meio rural. Quando analisamos os grupos separadamente verificamos que no sexo masculino 79,2% reside em meio rural, enquanto que no sexo feminino este valor é de 65,4%, não apresentando os valores residuais diferenças estatísticas significativas

Quadro 2 - Local de residência dos doentes segundo o sexo

Residência	Grupos	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural		38	79,2	34	65,4	72	72,0
	res		1,5		-1,5		
Urbana		10	20,8	18	34,6	28	28,0
	res		-1,5		1,5		
Total		48	100,0	52	100,0	100	100,0

Os dados estatísticos referentes à coabitação demonstram que a maior percentagem dos doentes do sexo masculino (60,4%) e com diferenças estatísticas significativas, reside com a esposa/marido. Este tipo de coabitação é também a mais prevalente no sexo feminino (34,6%) mas as



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

diferenças neste caso não são significativas. São sobretudo as doentes do sexo feminino 19,2% as que vivem com os filhos/as e com igual percentagem mas com significância marginal, para o sexo masculino 6,3% as que vivem sozinhas. No sexo masculino com uma percentagem de 12,5% encontramos os doentes que coabitam com os filhos ou marido e filhos respectivamente.

Quadro 3 - Coabitação dos doentes segundo o sexo

Coabitação	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Só		3	6,3	10	19,2	13	13,0
	res		-1,9		1,9		
Esposa / Marido		29	60,4	18	34,6	47	47,0
	res		2,6		-2,6		
Filhos (as)		6	12,5	10	19,2	16	16,0
	res		-0,9		0,9		
Nora / Genro		-	0,0	2	3,8	2	2,0
	res		-1,4		1,4		
Lares		1	2,1	2	3,8	3	3,0
	res		-0,5		0,5		
Marido / Filhos		6	12,5	9	17,3	15	15,0
	res		-0,7		0,7		
Marido / Filhos / Mãe		3	6,3	1	1,9	4	4,0
	res		1,1		-1,1		
Total		48	100,0	52	100,0	100	100,0

Para a caracterização social e económica do doente recorremos ao uso da Escala de Graffar, As estatísticas apresentam para a amostra total um valor mínimo de 8 e um máximo de 24 com uma média de 17,50 e um desvio padrão de 7,68. Para o sexo masculino os valores mínimos e máximos são respectivamente de 8 e 23, correspondendo-lhe uma média de 17,08 e um desvio padrão de 3,7. No sexo feminino encontramos um mínimo e um máximo que oscilam entre 8 e 24 com uma média de 17,88 e um desvio padrão de 3,65 Entre o sexo as diferenças não são estatisticamente significativas ($t=-1,089$; $p=0,279$)

Quadro 4 – Estatísticas relativas ao nível socio-económico dos doentes

Grupos	Min	Max	Media	Dp	Sk	K	CV
Masculino	8	23	17,08	3,706	-0,691	0,155	21,698
Feminino	8	24	17,88	3,650	-1,089	0,735	20,414
Grupo total	8	24	17,50	7,680	-0,870	0,279	43,886

Constata-se que a nossa amostra classifica a funcionalidade familiar entre um mínimo de 5 e um máximo de 10, com uma média de 9,34, um desvio padrão de 1,21 e uma dispersão baixa (13,01%). Os inquiridos do sexo masculino auto-classificam a funcionalidade familiar com um índice mínimo e máximo que oscila entre 5 e 10 pontos, com uma média de 9,29, um desvio padrão de



(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

1,36. Na amostra do sexo feminino, as estatísticas relativas aos valores mínimos e máximos mantêm-se iguais aos do sexo masculino, apresentando uma média de 9,38 e um desvio padrão de 1,06. Quisemos averiguar se entre os sexos as diferenças eram significativas relativamente à funcionalidade familiar, pelo que realizamos um teste t para diferenças de médias. Os scores médios obtidos indicam-nos que os inquiridos do sexo feminino têm famílias mais funcionais, no entanto, estas diferenças estatísticas não são significativas ($t = -0,389$; $p = 0,705$)

Quadro 5 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar por sexo

Grupos	Min	Max	Media	KS	Dp	Sk	K	CV
Masculino	5	10	9,29	0,000	1,368	-2,014	3,138	14,726
Feminino	5	10	9,38	0,000	1,069	-2,339	6,144	18,017
Grupo total	5	10	9,34	0,000	1,216	-2,162	4,226	13,019

Constatamos que na nossa amostra a independência funcional obteve um índice que oscila entre um mínimo de 6 e um máximo de 12, com uma média de 7,06 e um desvio padrão de 1,72. Nos inquiridos do sexo masculino e feminino os índices mínimo e máximo foram de 6 e 12 respectivamente, embora com valores médios e desvios padrões diferentes de 7,17, e 1,75 para o primeiro grupo e de 6,96 e 1,70 para o segundo. Em ambos os grupos e para o total da amostra os coeficientes de variação apresentam uma dispersão moderada face ao valor médio uma vez que se situam acima dos 15,0%.

Quadro 6 – Estatísticas relativas à independência funcional por sexo

	Min	Max	Media	Dp	Sk	K	CV
Masculino	6	12	7,17	1,75	1,437	1,016	24,463
Feminino	6	12	6,96	1,70	1,796	2,220	24,468
G. Total	6	12	7,06	1,72	1,588	1,434	24,391

O quadro 7 refere-se à qualidade de vida associada à saúde na mobilidade, podemos verificar que 69% dos inquiridos tem dificuldade em caminhar, 10% refere ter de estar na cama e apenas 21% não apresenta problemas na mobilidade. Ao analisarmos a mesma variável por sexo, encontramos igual tendência. Com efeito, no grupo masculino, 60,4% tem alguns problemas para caminhar e 12,5% refere ter de estar na cama e nos inquiridos do sexo feminino, encontramos 76,9% com alguns problemas para caminhar e 7,7% diz ter de estar na cama. O teste de qui quadrado ($X^2 = 3,189$; $p = 0,203$) e os valores residuais não apresentam diferenças estatísticas significativas.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Quadro 7 – Qualidade de vida associada à saúde na mobilidade por sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não tenho problemas para caminhar	13	27,1	8	15,4	21	21,0
res		1,4		-1,4		
Tenho alguns problemas para caminhar	29	60,4	40	76,9	69	69,0
res		-1,8		1,8		
Tenho que estar na cama	6	12,5	4	7,7	10	10,0
res		0,8		-0,8		
Total	48	100,0	52	100,0	100	100,0

Para complemento da informação relativa à qualidade de vida, quisemos saber a opinião dos inquiridos sobre a percepção do estado geral de saúde actual quando comparado com os últimos 12 meses. Verificamos que 42% refere sentir-se melhor, o que de algum modo é compreensível, pois já foram intervencionados, 35% referem manter o mesmo estado de saúde e 23% diz sentir-se pior. Esta tendência mantém-se sem diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,042$; $p=0,594$), entre os homens e mulheres que colaboraram no estudo.

Quadro 8 – Percepção do estado geral de saúde actual comparado com os últimos 12 meses por sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Melhor	20	41,7	22	42,3	42	42,0
res		-0,1		0,1		
Igual	15	31,3	20	38,5	35	35,0
res		-0,8		0,8		
Pior	13	27,1	10	19,2	23	23,0
res		0,9		-0,9		
Total	48	100,0	52	100,0	100	100,0

Os resultados obtidos com a determinação das estatísticas relativos ao suporte social indicam que nos aspectos emocionais/ relacionais o score mínimo foi de 9 e o máximo de 39 com uma média de 27,74. Quanto ao suporte financeiro os valores mínimos e máximos oscilaram entre 3 e 13 correspondendo-lhe uma média de 7,0, e no factor sentido de responsabilidade e exigência os mesmos scores foram respectivamente de 3 e 10, tendo-se obtido a média de 6,61. Já no suporte social total em que entra a totalidade dos itens da escala, a média é de 90,68 sendo o valor mínimo de 50 e máximo de 124.

**(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA***Quadro 9 – Estatísticas relativas ao suporte social*

	Min	Max	Media	Dp	KS	Sk	K	CV
S. emocional	9	39	27,74	5,94	0,003	-0,730	0,890	21,431
S. financeiro	3	13	7,00	2,93	0,001	0,454	-0,720	41,957
S. prático	3	10	6,61	1,94	0,000	0,054	-0,819	29,395
S. Total	50	124	90,68	13,94	0,190	-0,611	0,631	15,378

Podemos dizer que as correlações são em todos os factores fracas oscilando entre o 0,044 (suporte total) e o 0,355 (suporte prático) estabelecendo uma relação directa no suporte emocional e no suporte prático e inversa nos suportes financeiro e total. Considerando o modo inverso que a escala é cotada, podemos afirmar que ao melhor nível sócio-económico dos doentes, corresponde uma pior percepção nos factores onde existe uma correlação directa e melhor nos factores onde a percepção é inversa. Os coeficientes de determinação indicam-nos que o nível sócio-económico é em todos os factores muito fraca explicando entre 0,002% no suporte total e os 1,26% no suporte prático. Os valores de t só indicam a existência de diferenças significativas entre as variáveis em questão para o suporte prático e os coeficientes padronizados beta revelam ser o suporte prático que apresenta maior peso preditivo variando na razão directa, e o financeiro o de menor, variando em razão inversa.

Quadro 10 – Regressão linear simples entre o Nível Socio-económico e suporte social

Factores	r	P	R ²	Coef.Pad.	t	P
S. emocional	0,051	0,308	0,003	0,261	1,180	0,241
S. financeiro	-0,255	0,005	0,650	-0,098	-0,775	0,440
S. prático	0,355	0,000	1,260	0,374	3,652	0,000
S. Total	-0,044	0,332	0,002	-0,335	-1,337	0,185
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
	Soma dos quadrados	G.L.	Média dos quadrados	F	P	
Regressão	249,467	4	62,367	5,428	0,001	
Residual	1091,533	95	11,490			
Total	1341,000	99				

Relação entre funcionalidade familiar e suporte social

Procuramos saber o papel que a funcionalidade familiar desempenha. A obtenção da sua resposta adveio da realização de uma regressão linear simples. Confere que as correlações são em todos os factores fracas oscilando entre o 0,082 no suporte total e o 0,204 no suporte prático estabelecendo uma relação directa no suporte emocional, financeiro e suporte total e inversa no suporte prático, o que nos permite afirmar que quanto maior a funcionalidade familiar, melhor a percepção



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

nos factores onde existe uma correlação directa e mais fraca a percepção onde ela é inversa. No que respeita à análise de variância, notamos que a razão entre a variância maior e a menor é bastante significativa ($F= 3,922$; $p= 0,005$) e a variância explicada é em todos os factores muito fraca, já que os valores encontrados se situam entre os 0.67% no suporte total e os 2.79% no suporte financeiro. Os valores de **p** indicam a existência de diferenças significativas entre as variáveis em questão, excepto no suporte prático.

Quadro 11 – Regressão linear simples entre a funcionalidade familiar e suporte social

Factores	R	P	R ²	Coef.Pad.	t	P
S. emocional	0,160	0,055	0,0256	0,642	2,825	0,006
S. financeiro	0,167	0,049	0,0279	0,298	2,285	0,025
S. prático	-0,204	0,021	0,0416	-0,166	-1,576	0,118
S. Total	0,082	0,210	0,0067	-0,549	-2,132	0,036

ANÁLISE DE VARIÂNCIA					
	Soma dos quadrados	G.L.	Média dos quadrados	F	P
Regressão	20,756	4	5,189	3,922	0,005
Residual	125,684	95	1,323		
Total	146,440	99			

Relação entre a independência funcional e o suporte social

Constatamos que as correlações são em todos os factores fracas oscilando entre o 0,014 no suporte financeiro e o 0,238 no suporte total sendo a relação inversa em todos os factores, permitindo-nos assim afirmar que quanto maior a independência funcional dos doentes, menor a percepção de suporte social, ou vice-versa. Os valores de F indicam que a razão entre a variância maior e a menor é bastante significativa ($F= 2,643$; $p= 0,038$), o que nos leva a rejeitar a existência de nulidade entre as variáveis. Compulsando os coeficientes de determinação notamos que a variância explicada é em todos os factores muito fraca, já que os valores encontrados se situam entre os 0,02% no suporte financeiro e os 2,67% no suporte emocional, revelando-se o suporte total com 5,66% fraco. Os valores de **p** indicam a existência de diferenças bastante significativas no suporte total e uma significância marginal no suporte emocional e financeiro. Por sua vez os coeficientes padronizados beta indicam-nos que é o suporte total que apresenta maior peso preditivo, com correlação inversa e o suporte prático o de menor com correlação directa.

**(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA**

Quadro 12 – Regressão linear simples entre independência nas actividades da vida diária e suporte social

Factores	r	P	R ²	Coef.Pad.	t	P
S. emocional	-0,164	0,051	0,0267	0,412	1,770	0,080
S. financeiro	-0,014	0,445	0,0002	0,255	1,911	0,059
S. prático	-0,026	0,398	0,0007	0,115	1,063	0,290
S. Total	-0,238	0,009	0,0566	-0,732	-2,774	0,007
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
	Soma dos	G.L.	Média dos	F	P	
	quadrados		quadrados			
Regressão	29,401	4	7,350	2,643	0,038	
Residual	264,239	95	2,781			
Total	293,640	99				

Relação entre qualidade de vida e suporte social

A relação entre a qualidade de vida e a percepção de suporte social foi estudada recorrendo-se a uma regressão linear simples, complementando-se com o teste de Kruskal-Wallis. As correlações são em todos os factores fracas oscilando entre o 0,018 (suporte financeiro) e o 0,246 (suporte total) estabelecendo uma relação directa em todas as dimensões do suporte social. A análise de variância, não apresenta diferenças significativas e a variância explicada também se apresenta em todos os factores muito fraca ou fraca já que os valores encontrados se situam entre os 0,03% no suporte financeiro e os 6,05% no suporte total. Os valores de **p** indicam a existência de uma diferença estatística significativa para o suporte total e os coeficientes padronizados beta dão-nos referência que o suporte total é o que apresenta maior peso preditivo variando na relação directa e o suporte prático o de menor, variando este em razão inversa.

Quadro 13 – Regressão linear simples entre qualidade de vida e suporte social

Factores	r	P	R ²	Coef.Pad.	t	P
S. emocional	0,205	0,021	0,0420	-0,220	-0,936	0,352
S. financeiro	0,018	0,430	0,0003	-0,194	-1,435	0,154
S. prático	0,029	0,387	0,0008	-0,097	-0,892	0,375
S. Total	0,246	0,007	0,0605	0,544	2,041	0,044
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
	Soma dos	G.L.	Média dos	F	P	
	quadrados		quadrados			
Regressão	2555,792	4	638,948	2,139	0,082	
Residual	28373,368	95	298,667			
Total	30929,160	99				



DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Actualmente estima-se que o índice de envelhecimento da nossa população atinja os 90%, contrastando com os 68% verificados em 1990. O idoso não tem só problemas de saúde. Em muitos casos os problemas sociais suplantam a doença e só excepcionalmente os dois tipos de problemas não estão presentes. Isto significa que não haverá assistência correcta ao doente se não houver uma resposta adequada aos seus múltiplos problemas. De facto Dinis (2003) refere que a saúde e o bem-estar dos idosos são afectadas por numerosos aspectos do meio social e físico, desde o modo de vida e estrutura familiar à organização e prestação de cuidados de saúde, passando pelos sistemas de suporte social e económico.

Sabemos que os idosos se apresentam como um grupo social de maior vulnerabilidade económica, incapaz de fazer face às dificuldades financeiras de que são alvo. Seria interessante prever um apoio financeiro às famílias que se disponibilizam para a prestação de cuidados ao idoso, excluindo a hipótese de integração numa instituição de terceira idade.

As percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais, que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade (por exemplo: capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos. Também Dunkel-Schetter & Bennett (1990), consideram discrepâncias qualitativas e quantitativas no suporte social, que se devem fundamentalmente a razões de ordem situacional, pois é precisamente nas maiores crises da vida ou em situações de stress crónico, nas quais um indivíduo mais necessita de suporte social que este fica muito aquém do que esperava ter.

A família surge na opinião de Pratt (1991), como um prestador de suporte muito importante a vários níveis. Deste modo, o mesmo autor, sugere que as concepções de suporte social da família devem incluir para além de amor, estima e confiança, mecanismos de suporte como o companheirismo, a educação de comportamentos saudáveis, o suporte informal, instrumental e outros. Vasconcelos (2002), refere que a família é uma unidade básica da sociedade cujos membros estão motivados a cuidarem uns dos outros tanto física como emocionalmente.

A qualidade de vida é um conceito que abrange a independência, a satisfação e o sentimento de realização, ou seja, o bem-estar físico psíquico e social. Este conceito varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social, experiências prévias e outros factores pessoais, tendo sido estudada sob várias perspectivas, podendo ser analisada também em termos de acesso aos recursos de saúde em função da relação custo/benefício face aos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento das doenças e até mesmo em relação aos aspectos éticos que se prendem com a utilização de novas tecnologias (Vilar & Salgado, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Bernardo, O. P. (1994) – A família pode ser uma eficaz unidade terapêutica. *Hospitalidade*, revista de saúde mental, relações humanas e problemas de marginalização. Lisboa, ano 56, (221), Outubro-Dezembro
- Dinis, C. (2003) - Envelhecimento e qualidade de vida no Concelho de Faro. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 24, n.º 2. Abril/Junho. p.107-123
- Dunkel - Schetter, C. & Bennett, T. L. (1990) – Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support in Sarason, B. R.; Sarason, I. G.; Pierce, G. R. *Social Support: An interactional view*. New York. Wiley
- McCain (1998) – A família. In: Bolander, Verolyn Barnes – *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, .397-408



(DIS) FUNCIONALIDADE: SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

- Paixão, R.; Oliveira, R.A.(1996). Escala Instrumental e expressiva do suporte social. *Psychologica* (16), 83-99
- Pratt, L. (1991). The social support functions of the family. In B. Badura & I. Kickbush (Eds.), *Health promotion research towards a new social epidemiology*. European Series: Who Regional Publications. p. 229-250
- Vasconcelos, P. (2002) - Redes de apoio familiar e desigualdade social : estratégias de classe. *Análise Social*. Lisboa. Vol. XXXVII, n.º163 Verão. p. 507-544.
- Vilar, F. J. R. & Salgado, S. I. C. (2004) - Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito : reflexão. *Enfermagem em Foco*. Lisboa. Ano XII, n.º 57. Outubro/Dezembro p. 34-36.

Fecha de recepción: 30 de enero de 2010

Fecha de admisión: 19 de marzo de 2010