



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Qualidade de vida e Rede de suporte social: estudo
comparativo entre idosos institucionalizados e não
institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia da
Educação**

Cláudia Soares de Oliveira Faria

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Qualidade de vida e Rede de suporte social: estudo
comparativo entre idosos institucionalizados e não
institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia da
Educação**

Cláudia Soares de Oliveira Faria

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Ângela Maria
Pereira e Sá Azevedo**

Índice

Resumo.....	6
Introdução	7
1. Etapa desenvolvimental da idade idosa.....	8
2. Conceito de qualidade de vida	11
2.1. Caraterização do conceito de qualidade de vida.....	11
2.2. Estudos empíricos de comparação de qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	12
3. Conceito de rede de suporte social.....	15
3.1. Caraterização do conceito de rede de suporte social	15
3.2. Estudos empíricos de comparação de rede de suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados	19
4. Estudo Empírico.....	22
4.1. Objetivo	22
4.2. Hipóteses.....	22
4.3. Amostra.....	24
4.4. Instrumentos	25
4.4.1. Questionário Sociodemográfico	25
4.4.2. World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD	25
4.4.3. Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal- Idosos	27
4.5. Procedimento	28
4.6. Apresentação dos resultados.....	29
4.6.1. Idosos institucionalizados e não institucionalizados e qualidade de vida em todas as dimensões.....	30
4.6.2. Tamanho da rede de suporte social e grupo de idosos.....	31
4.6.3. Campos relacionais da rede de suporte social e grupo de idosos.....	31
4.6.4. Frequência de contactos e grupo de idosos.....	32
4.6.5. Qualidade de vida e idade.....	33
4.6.6. Tamanho da rede de suporte social e idade	33
4.6.7. Qualidade de vida e género.....	33
4.6.8. Tamanho da rede de suporte social e género	34
4.6.9. Qualidade de vida e estado civil	34
4.6.10. Tamanho da rede de suporte social e estado civil.....	35
4.6.11. Tamanho da rede de suporte social e habilitações literárias	35
4.6.12. Tamanho da rede de suporte social e aposentação.....	36
4.6.13. Qualidade de vida e habilitações literárias.....	37

4.6.14. Qualidade de vida e número de anos de institucionalização.....	37
4.6.15. Tamanho da rede de suporte social e número de anos de institucionalização	38
4.6.16. Características funcionais da rede de suporte social e grupo de idosos.....	38
4.6.17. Tipo de densidade, tamanho da rede de suporte social e qualidade de vida	39
4.7. Discussão dos resultados	40
Conclusão.....	44
Referências Bibliográficas	48

Índice de tabelas

Tabela 1- Descrição da amostra

Tabela 2- Diferenças entre a qualidade de vida nas várias dimensões e geral com os grupos de idosos

Tabela 3- Diferenças entre o tamanho da rede de suporte social e o grupo de idosos

Tabela 4- Diferenças nos campos relacionais da rede de suporte social e grupo de idosos

Tabela 5- Diferenças entre frequência de contactos da rede de suporte social com o grupo de idosos

Tabela 6- Correlação entre a qualidade de vida e a idade dos idosos

Tabela 7- Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e a idade dos idosos

Tabela 8: Correlação entre a qualidade de vida em função do género dos idosos

Tabela 9- Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e género dos idosos

Tabela 10- Diferenças na qualidade de vida em função do estado civil dos idosos

Tabela 11- Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos através do Teste Pos-Hoc de Tamnhane's

Tabela 12- Diferenças no tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos

Tabela 13- Diferenças ao nível do tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos através do Teste Post-Hoc de Tamnhane's

Tabela 14- Diferenças no tamanho da rede de suporte social em função das habilitações literárias dos idosos

Tabela 15- Diferenças ao nível do tamanho da rede de suporte social em função das habilitações literárias dos idosos através do Teste Post-Hoc

Tabela 16- Correlação entre o tamanho da rede de suporte social com a aposentação dos idosos

Tabela 17- Diferenças na qualidade de vida em função das habilitações literárias

Tabela 18- Diferenças ao nível da qualidade de vida em função das habilitações literárias dos idosos através do Teste Pos-Hoc de Tamhane's

Tabela 19- Correlação entre qualidade de vida e números de anos de institucionalização dos idosos

Tabela 20- Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e números de anos de institucionalização dos idosos

Tabela 21- Diferenças entre as características funcionais da rede de suporte social com o grupo de idosos

Tabela 22- Influência do tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social na qualidade de vida dos idosos

Índice de anexos

Anexo 1- Questionário Sociodemográfico

Anexo 2- Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal- Idosos

Anexo 3- World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD)

Anexo 4- Consentimento informado para a instituição

Anexo 5- Consentimento informado para os idosos

Resumo

Com o objetivo geral de comparar a qualidade de vida e rede de suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, foi estudada uma amostra de 60 sujeitos, 41 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com uma média de idades de 76 anos (DP=3.32). Os resultados obtidos demonstraram diferenças ao nível da qualidade de vida na dimensão intimidade entre os dois grupos de idosos, assim como ao nível da rede de suporte social e frequência de contactos com essas pessoas. Para além disso, existem diferenças entre os dois grupos de idosos em função do estado civil, habilitações literárias e tempo de institucionalização e percebem-se diferenças no tamanho da rede como variável preditora da qualidade de vida. Os resultados obtidos estiveram, no geral, de acordo com o esperado e foram discutidos com base na literatura, tendo em consideração as suas implicações para a prevenção e intervenção nesta problemática.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Rede de suporte social; Idosos institucionalizados; Idosos não institucionalizados

Abstract

In order to compare the quality of life and social support network among institutionalized elderly and non-institutionalized, a sample of 60 subjects, 41 females and 19 males were studied, with an average age of 76 years (DP=3.32). The results showed differences in the quality of life in the dimension of intimacy between the two groups of elderly, social support network and frequency of contact with these people. Furthermore, there are differences between the two elderly groups in marital status, qualifications and time of institutionalization and are perceived differences in the size of the network as predictor of quality of life. The results were, in general, according to expected and were discussed based on the literature, taking into account their implications for prevention and intervention in this problem.

Keywords: Quality of life; Social support; institutionalized elderly; Non-institutionalized elderly

Introdução

A abordagem acerca do envelhecimento da população adquiriu uma grande importância em tempos mais recentes, em particular na Europa, quer do ponto de vista do debate teórico, quer do ponto de vista da discussão política e da política social. Tal decorre dos processos relevantes de alteração dos padrões de natalidade tradicionalmente elevada, originando um aumento da proporção dos idosos. A especificidade do caso português resulta do início de um processo estrutural de envelhecimento demográfico, menos por razões tributárias das mudanças culturais e de mentalidades, mas sobretudo pela importante redução do contingente populacional jovem participante num processo emigratório relativamente curto mas de larga escala (Dias & Rodrigues, 2012). Assim, e para colmatar esta necessidade, cada vez mais crescente, de entender o envelhecimento é essencial perceber este processo como diferencial, variável de indivíduo para indivíduo, que revela simultaneamente dados objetivos, como degradações físicas e psicológicas, mas também dados subjetivos que constituem a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000).

Cada vez mais, o idoso é encarado como uma pessoa que tem direito a viver num ambiente favorável, devendo assumir responsabilidades no decorrer do seu próprio envelhecimento, reconhecendo e estimulando as suas potencialidades, conhecimentos, experiências e vivências (Soczka, 2005, citado em Almeida & Rodrigues, 2008). A importância do ambiente e da rede de suporte social que é proporcionado a esta faixa etária da nossa população deverá corresponder às exigências e solicitações, de modo a atuar como processo facilitador do envelhecimento (Carrus, Fornar, & Bonnes, 2005, citado em Almeida & Rodrigues, 2008). O meio envolvente, não só do ponto de vista físico, como também social, desempenha um papel importante na concretização de um envelhecimento bem-sucedido. Um contexto que providencia condições materiais de conforto e segurança, onde o indivíduo recebe estimulação apropriada, que fomente autonomia e independência, e em que é percebida uma visão positiva do processo de envelhecimento tenderá, certamente, a contribuir para um envelhecimento bem-sucedido (Fonseca, 2005). Assim, o ambiente deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam ao idoso manter-se ativo sob todos os pontos de vista, objetivando que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida (Almeida & Rodrigues, 2008).

O objetivo geral deste estudo é comparar a qualidade de vida e a rede de suporte social entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, constructos que serão explicados seguidamente. Desta forma, inicia-se por uma breve caracterização da etapa desenvolvimental do idoso, seguida de uma abordagem teórica dos constructos de qualidade de vida e rede de suporte social, e a apresentação de estudos empíricos realizados com várias variáveis, como a idade, género e tipo de instituição. No ponto seguinte, será feita a descrição da metodologia deste estudo, indicando os objetivos, amostra, hipóteses, instrumentos e procedimento utilizados durante a investigação.

1. Etapa desenvolvimental da idade idosa

Apesar do termo “envelhecimento” ser familiar, a sua definição e conceitualização não é simples nem linear. Embora seja um fenómeno complexo e multideterminado para a generalidade das pessoas, refere-se a um processo biológico de sentido destrutivo. A pessoa começa a envelhecer desde a concepção até à morte, e portanto, envelhecer é um processo constante e previsível que envolve crescimento e desenvolvimento, e consequentemente, não pode ser evitado (Lima, 2010 citado em Lopes, 2012). Nesse sentido, segundo Cancela (2008), todo o organismo multicelular é constituído por um tempo limitado de duração, no qual vai sofrendo alterações fisiológicas com o passar dos anos. Como tal, a vida do organismo normalmente divide-se em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento; fase reprodutiva; e a senescência, ou envelhecimento. Na primeira fase ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo vai-se desenvolvendo, possuindo capacidades funcionais que fazem com que se torne apto para se reproduzir. A segunda fase é a capacidade de reprodução do indivíduo, que assegura a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. Por fim, e será a fase na qual nos iremos focar ao longo deste estudo, a terceira fase que se caracteriza pelo declínio funcional do organismo. Em termos globais, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual existem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Netto, 1996 citado em Lopes, 2012). O processo de envelhecimento, segundo (Barros, 2010 citado em Lopes, 2012), desenvolve-se em três fases progressivas, não necessariamente comuns nem universais, sendo a primeira a fase do idoso, na qual, não existem grandes alterações orgânicas, apenas se observam alterações no estilo de vida provocadas pelo fator

económico. A segunda fase é a senescência, que se inicia a partir do momento em que o indivíduo começa a apresentar alterações na sua condição física ou de outra natureza, o que leva a que fique menos independente, necessitando da ajuda de terceiros, e por último a fase da senilidade, caracterizada por uma incapacidade de adaptação por parte do cérebro do indivíduo, tornando-se dependente de cuidados completos. De facto, o processo de envelhecimento apresenta-se associado a um conjunto de consequências ou de efeitos da passagem do tempo. No entanto, a forma como se envelhece depende de muitos fatores, como a constituição genética, as influências ambientais e o estilo de vida (Lima, 2010 citado em Lopes, 2012). Segundo Silva (2005), o envelhecimento significa ter passado por muitas experiências, com impactos diferentes, no qual o idoso venceu e ultrapassou muitas adversidades ao longo da vida até chegar a esta fase. Para Ferreira (2011) na fase do envelhecimento instala-se o sentimento de que a morte está perto, mesmo que ainda demore, sendo que é nesta altura que o indivíduo se compromete com a resolução de tarefas características dessa fase, com a valorização progressiva da experiência e da capacidade de discernimento e a autoavaliação independente do estatuto profissional e dos rendimentos económicos. Neste sentido, hoje em dia, um dos grandes desafios da humanidade é o de proporcionar qualidade de vida aos idosos, sendo que, manter a autonomia e a independência são requisitos essenciais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido (Neto & Monteiro, 2008 citado em Lopes, 2012).

Segundo Novo (2000) o envelhecimento pode ser considerado como normativo e patológico, sendo o envelhecimento normativo entendido como um processo de desenvolvimento sem patologias biológicas e mentais, enquanto o envelhecimento patológico é caracterizado por alterações associadas a doenças crónicas, a doenças e síndromes típicos do envelhecimento e à desorganização biológica. O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a aptidão para selecionar objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. A pessoa idosa precisa de fazer a adequação entre o que deseja e o que, devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis, é possível alcançar e querer. Todas as pessoas podem contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e desse modo encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde (Direcção-Geral da Saúde, s.d.). Assim, segundo (Caldas & Veras, 2007), o envelhecimento normativo pode ser organizado de acordo com dois aspetos, sendo eles o

primário, que está presente em todas as pessoas, por ser geneticamente determinado e o secundário, que varia entre indivíduos e é decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais. Caldas e Veras (2007) mencionam que o conceito de envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o baixo risco de doenças e de incapacidades, um excelente funcionamento físico e mental e por fim um envolvimento ativo com a vida. Também depende da capacidade de adaptação às mudanças físicas, emocionais e sociais, sendo que resulta da estrutura psicológica e condições sociais, desenvolvidas ao longo da vida. Por outro lado, o envelhecimento mal sucedido acontece quando ocorrem perdas dos projetos de vida, falta de reconhecimento, dificuldade de satisfazer as necessidades individuais, sentimento de fragilidade, incapacidade, baixa autoestima, dependência, desamparo, solidão, desesperança e ocorrência de ansiedade, depressão, hipocondria e fobias. Consequentemente, segundo a Direção-Geral de Saúde (s.d.) um envelhecimento saudável deve ter como principal intuito a prevenção do isolamento social e da solidão dos idosos. A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais relacionam-se com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil para os familiares e a sua comunidade. Como tal, os idosos deverão participar em atividades de grupo, principalmente com indivíduos das diferentes gerações, realizando atividades de aprendizagem e conhecimento. Efetivamente, a intergeracionalidade deve ser considerada como um contributo que promove as relações de comunicação entre membros de diferentes faixas etárias e que permite aos sujeitos aprenderem com os conhecimentos e as experiências de vida dos mais velhos, contribuindo dessa forma para uma sociedade mais justa e solidária.

Como referido anteriormente, o envelhecimento é um conceito multidimensional que, geralmente está relacionado com o aspeto cronológico mas também abrange fatores biológicos, psicológicos e sociológicos. Assim, segundo Fonseca (2005) diferentes fatores têm um papel principal no envelhecimento, como os fatores biológicos que estão basicamente relacionados com o papel da saúde, da alimentação e do exercício físico, os fatores psicológicos que dizem respeito ao funcionamento mental, estratégias de *coping*, mecanismos de defesa e à personalidade do indivíduo e por fim, os fatores sociais que englobam os fatores históricos, os efeitos da sociedade, as relações sociais, o contexto social, o suporte social, e os recursos económicos, culturais e educacionais. Como tal, Lima (2010) citado em Lopes (2012), considera que o processo de envelhecimento se reveste de três componentes, o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina

senescência, um envelhecimento social relativo à forma como a sociedade encara os mais velhos, as expectativas e os papéis sociais que lhes são atribuídos, e o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo, as mudanças nas funções psicológicas como a memória e a tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. Neste sentido, o desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento envolve uma série de ajustamentos individuais face à ocorrência de mudanças decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (Fonseca, 2010).

2. Conceito de qualidade de vida

2.1. Caracterização do conceito de qualidade de vida

A qualidade de vida é um constructo definido por várias dimensões, uma vez que aspetos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como é percebida e as suas consequências (Zhan, 1992, citado em Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013). O termo percepção de qualidade de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde, refere-se à percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Nardi, Rigo, Brito, Santos e Bós, 2011). Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, meio-ambiente e padrão espiritual (Inouye, Barham, Pedrazzani & Pavarini, 2010).

É considerada como a percepção do indivíduo da sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e mesmo como uma questão ética, que deve, primordialmente, ser analisada a partir da percepção individual de cada um (Gill & Feisntein, 1994, citado em Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

Diversos autores em estudos dirigidos à população iniciam especificações sobre as componentes da qualidade de vida, o que mais uma vez reforça a ideia da qualidade de vida como conceito muito alargado, que inclui de forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de autonomia e independência, as suas representações e crenças, as relações sociais, bem como a sua relação aos diversos elementos essenciais do seu ambiente (Pires, 2009). Assim, a qualidade de vida é o grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, refletindo a satisfação de objetivos e aspirações do próprio indivíduo (Sampaio, 2007).

Com as transformações que ocorreram na sociedade ao longo do tempo, este constructo passou a abranger também o desenvolvimento social, envolvendo a saúde, educação, trabalho, lazer, ampliando mais ainda os indicadores como o nível de escolaridade, condições de habitação e trabalho (Yokoyama, Carvalho & Vizzoto, 2006). Partindo desta concepção, Paschoal (2000, citado em Yokoyama, Carvalho & Vizzoto, 2006) enfatiza a avaliação subjetiva da qualidade de vida, de forma a valorizar a opinião dos indivíduos, conhecendo a percepção das pessoas sobre a qualidade de vida. Assim, sugere que sejam consideradas as experiências de vida dos idosos, como as suas percepções e emoções, as atividades de vida diária, as realizações ao longo da vida e os eventos de vida.

A qualidade de vida percebida na velhice relaciona-se com a competência adaptativa nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental. Estas mudanças permeiam a capacidade do idoso em perceber e lidar com os fatores stressantes, como doenças degenerativas, capacidade de resolução de problemas, desempenho e competência social (Pereira, Alvarez & Traebert, 2011). Segundo Neri (1993, citado em Silva, 2009), a qualidade de vida na velhice implica múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, sendo que vários elementos são apontados como determinantes de bem-estar na velhice como a longevidade, saúde biológica, saúde mental, controlo cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, estatuto social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários.

Apesar das diferentes definições para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores acerca dos vários princípios que fazem parte da sua definição, tais como multidimensionalidade, relacionando-se ao fato de que a vida compreende múltiplas dimensões, como social; mental; material; física; cultural; económica; dinâmica, dada a sua característica inconstante no tempo e em diferentes espaços, como o trabalho, a família e a sociedade; e subjetividade, determinada pelo significado individual atribuído às experiências inter e intrapessoais. (Neri, 2006, citado em Inouye, Barham, Pedrazzani & Pavarini, 2010).

2.2. Estudos empíricos de comparação de qualidade de vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

No âmbito desta investigação, realizou-se uma pesquisa exaustiva de vários estudos acerca das variáveis abordadas. No entanto, devido à pouca investigação sobre

este tema, que só recentemente começa a ser analisado, não serão abordados estudos relativos a todas as variáveis consideradas na presente investigação. Lopes (2012), no seu estudo da relação entre a solidão, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, realizado com 24 idosos com idades entre os 61 e 93 anos, demonstrou que existem diferenças na qualidade de vida entre estes grupos de idosos. Os primeiros apresentam valores de satisfação acima do ponto médio, enquanto os idosos não institucionalizados apresentam valores de satisfação abaixo desse mesmo ponto, sendo que os dados sugerem que estar numa instituição melhora a percepção de satisfação com a vida nos idosos. Na avaliação da percepção de vida, os idosos foram questionados sobre como se sentem nesta fase das suas vidas, sendo que os resultados demonstraram que um maior número de idosos institucionalizados indicou estar mais alegre, bem como um menor número indicou estar triste, quando comparados com os idosos não institucionalizados. Em certa medida, estes dados mostram-nos que as condições materiais são importantes para uma percepção de vida mais positiva, assim como uma percepção de melhor saúde.

Outras investigações realizadas por Khoury e Sá-Neves (2014) com 66 idosos entre os 60 e 96 anos, para avaliar a qualidade de vida destes dois grupos de idosos, nas dimensões de funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade, demonstraram que os idosos não institucionalizados apresentam melhor qualidade de vida que os idosos institucionalizados. Na dimensão do funcionamento sensorial, os idosos institucionalizados estão mais satisfeitos quanto ao funcionamento dos seus sentidos, para participar em atividades diárias e interagir com as pessoas que residem na instituição (Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na dimensão da autonomia, os idosos não institucionalizados apresentam valores mais elevados de qualidade de vida, podendo estar associado à liberdade reduzida que o outro grupo possui, sendo que os idosos, muitas vezes percebem que, as pessoas da instituição onde residem, não respeitam a sua liberdade e não lhes permitem tomar decisões acerca do que gostariam fazer na sua vida ou ainda, planear o seu futuro (Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na dimensão atividades passadas, presentes e futuras não existem diferenças nos dois grupos, existindo uma relação entre o grau de satisfação e o nível de realizações de uma pessoa, isto é, o quanto o indivíduo conseguiu realizar, daquilo que aspirava (Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na dimensão participação social, os idosos institucionalizados apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida, uma vez que no processo de institucionalização, o idoso vê-

se excluído do seu contexto familiar perdendo, em muitos casos, o contato com os seus familiares. Na nova realidade que se apresenta, o mesmo passa a enfrentar e a procurar novas formas de adaptação a todas as mudanças, uma vez que, em geral já não conta com o apoio da sua família, no entanto, esta mudança de rede social permitir-lhe-á realizar novas amizades (Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na dimensão morte e morrer, que se relaciona com preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer, não existem diferenças entre os dois grupos de idosos. Isto pode dever-se ao fato de que, sendo a velhice a última fase da vida e sabendo o idoso que a morte é o culminar desta fase, a morte já é esperado por ele (Khoury & Sá-Neves, 2014; Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na última dimensão intimidade, os idosos institucionalizados apresentam menor qualidade de vida uma vez que nas instituições grande parte dos idosos divide o quarto com outra pessoa, e para além disso todos os outros espaços são partilhados ficando, assim, comprometida a privacidade do idoso (Khoury & Sá-Neves, 2014).

Assim, considerando os estudos supracitados, os autores evidenciam diferenças na qualidade de vida entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados. Relativamente aos seis domínios da qualidade de vida geral entre os idosos, evidenciaram-se maiores pontuações entre os idosos não institucionalizados no domínio autonomia, participação social e intimidade e pontuações mais elevadas no domínio funcionamento sensorial nos idosos institucionalizados. Nos domínios atividades passadas, presentes e futuras e morte e morrer não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de idosos (Khoury & Sá-Neves, 2014; Nunes, Menezes & Alchieri, 2007). Na qualidade de vida em geral, Lopes (2012) afirma que os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de qualidade de vida, enquanto Khoury e Sá-Neves (2014) demonstram que são os idosos não institucionalizados que apresentam melhor qualidade de vida.

Também foram encontradas diferenças em relação à idade, isto é, a percentagem de pessoas idosas que referem incluir-se no grupo sem qualidade de vida aumenta à medida que a idade vai avançando (Almeida & Rodrigues, 2008). Quanto ao género, os homens idosos avaliam como melhor a sua qualidade de vida do que as mulheres idosas, sendo o envelhecimento percebido como mais negativo pelas mulheres enquanto os homens possuem mais sentimentos positivos e aproveitam melhor a sua vida (Lima, Lima & Ribeiro, 2010). Por fim, atendendo ao estado civil das pessoas idosas, verifica-se que são as pessoas idosas viúvas que mais referem enquadrar-se no grupo sem qualidade de

vida, enquanto no grupo com qualidade de vida são os idosos casados (Almeida & Rodrigues, 2008).

3. Conceito de rede de suporte social

3.1. Caracterização do conceito de rede de suporte social

O suporte social é uma função principal das redes sociais que envolve transações interpessoais e diversos tipos de apoio específicos, prestados por indivíduos, grupos ou instituições (Barrón, 1996, citado em Marques, Correia, Pires & Pereira, 2010). Contudo, Coimbra (1990, citado em Marques, Correia, Pires e Pereira, 2010), refere que as redes sociais não se caracterizam apenas por fornecer apoio, mas também dizem respeito às relações sociais e às suas características, existindo dois grupos de redes principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. Neste contexto, as primeiras dizem respeito aos recursos e equipamentos gerados pelo Estado, serviços do sector Privado e do Terceiro sector sob a forma de unidades residenciais, apoio domiciliário, centros de dia, entre outros. O segundo tipo de redes inclui as famílias, os amigos e os vizinhos do idoso. Neste sentido, pode-se assinalar que o apoio social fornecido pelas redes de suporte social tem a finalidade de contribuir para o bem-estar das pessoas ao desempenhar as funções de troca afetiva e companhia social, além de promover a saúde dos indivíduos da rede (Faquinello & Marcon, 2011).

Na perspectiva de Barrón (1996, citado em Marques, Correia, Pires e Pereira, 2010), uma das definições mais integradoras de suporte social é a que compreende três dimensões relacionadas entre si, num processo dinâmico de compromissos verificados entre o sujeito e o contexto: os recursos da rede de apoio, constituídos pela rede social à qual o sujeito recorre, no sentido de procurar ajuda ou para atingir determinadas metas; os comportamentos de apoio, que integram as diferentes formas de prestar apoio às pessoas; e as apreciações de apoio, que são avaliações subjetivas dos comportamentos de apoio.

Neste sentido, a mesma autora sistematizou as características do suporte social, em três perspectivas: estrutural, funcional e contextual. Na perspectiva estrutural, o apoio social é caracterizado em termos do número de determinadas relações-chave que o sujeito mantém e a frequência de contato com elas. Na perspectiva funcional, o apoio social acentua as funções que as relações sociais cumprem. Por sua vez, a perspectiva contextual enfatiza a relação entre o apoio social e os contextos ambientais e sociais em que o apoio é percebido, mobilizado e recebido.

No mesmo seguimento e segundo Siqueira, Betts e Dell’Aglia (2006) as redes de suporte social são formadas por um conjunto de pessoas que mantêm entre si relações que envolvem partilha, permitem-lhes trocar informações e serviços, receber apoio emocional e ajuda material, estabelecer novos contatos sociais e manter a identidade social. Uma rede de suporte social favorável, na velhice, auxilia a amenizar o impacto das perdas e limitações naturais desta etapa da vida. As relações estabelecidas, na rede social, fazem com que o idoso se sinta estimado, valorizado e apoiado, além de funcionarem como uma fonte de apoio social na forma de informação, ajuda física e financeira, trocas afetivas e de interação social, o que contribui para o sentido de controlo pessoal do idoso, melhorando a sua qualidade de vida e deixando-o menos vulnerável às situações de abandono (Martins, 2005).

As redes de suporte social são definidas pelas fronteiras que cada individuo define relativamente a todos aqueles com quem interage, ou seja, ao “nicho” interpessoal da pessoa (Sluzki, 1996 citado em Silva, 2014). Portugal (2006) citado em Silva (2014) identifica a rede social pessoal como uma “rede egocentrada”, que não se limita à família nuclear ou extensa, mas também a um conjunto de vínculos interpessoais: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Este conceito fundamenta uma compreensão dos processos de integração psicossocial, de promoção de bem-estar, de desenvolvimento da identidade, podendo eliminar os processos de desintegração psicossocial, de mal-estar, e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de trocas (Sluzki, 1996 citado em Silva, 2014).

Também Carmona e Melo (2000, citado em Marques, Correia, Pires e Pereira, 2010), enfatizam que um indivíduo que possui uma conduta interpessoal efetiva é capaz de desenvolver redes sociais de apoio, que operam como um dos fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental. Assim, a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter a sua rede de apoio social e, conseqüentemente garantir uma melhor qualidade de vida. O idoso que mantém uma rede de apoio social tende a ser socialmente mais competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Por outro lado, idosos saudáveis que vivem em asilos e que carecem de apoio social, podem apresentar deficiências em habilidades sociais, além de baixa qualidade de vida e, conseqüentemente, níveis mais elevados de depressão (Carneiro, Falcone, Clark, Pretee, & Prette, 2007). Neste sentido, Karademas (2006, citado em Figueiredo, Lima & Sousa, 2012) evidencia também o efeito positivo

das redes de suporte social no bem-estar subjetivo dos indivíduos, mais especificamente, tem-se observado associações significativas entre as características estruturais e funcionais das redes e a qualidade de vida (Bowling, Farquhar & Browne, 1991, citado em Figueiredo, Lima & Sousa, 2012).

Como afirma Chadi (2007) citado em Silva (2014), a característica social é inerente ao ser humano. Em toda a nossa vida somos parte integrante de redes que formam e alimentam a nossa identidade social, pois desde o nascimento até à morte, o ser humano faz parte de grupos sociais. Estes grupos modificam-se no tamanho, qualidade e quantidade, ao longo do ciclo de vida e conforme a vida decorre, isto é, as características da nossa rede transformam-se e podem ser construídas e reconstruídas segundo contextos que exploramos ou não, consoante as nossas escolhas, circunstâncias e constrangimentos pessoais e sociais (Daniel, Ribeiro, & Guadalupe, 2011).

Sluzki (1996) citado em Silva (2014) afirma que a rede social em idades avançadas demonstra uma série de mudanças típicas e verifica-se um declínio de membros nas redes sociais. Segundo este autor, a evolução da rede social de um indivíduo durante o último terço ou quarto do seu ciclo vital, possibilita-nos observar a coexistência de fatores com efeitos cumulativos. Como referimos antes, normativamente, a rede social contrai quando envelhecemos, devido às perdas por morte, migração, debilidade dos membros, dificuldades de ativação, entre outros. As oportunidades para renovar a rede social, assim como a motivação para renová-la, diminuem progressivamente e os processos de manutenção da rede são mais complicados, devido à energia não ser a mesma nem a motivação para manterem ativos os vínculos. Neste sentido, a transição entre a atividade e a inatividade representa uma marcante transformação de papéis que ocorre ao longo do envelhecimento (FFMS, 2013 citado em Silva, 2014). Marques (2006) citado em Silva (2014), refere que a perda do papel profissional pode levar à quebra de laços, afastando o idoso do mundo social.

Podemos dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grupos principais: redes de apoio formal e redes de apoio informal (Guzman, Huenchuan, & Oca, 2006), também denominadas frequentemente como redes primárias e secundárias, que assentam no tipo de estruturação dos vínculos relacionais existentes entre os membros de uma rede social (Guadalupe, 2009 citado em Silva, 2014). O apoio que estas redes prestam é basicamente de dois tipos, o apoio psicológico e o apoio instrumental, que pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos, e perda de autonomia física (Paúl, 1997 citado em Silva, 2014). Neste sentido, nas redes

primárias, ou redes de apoio informal, os vínculos são principalmente de natureza afetiva, podendo assumir uma carga positiva ou negativa, não havendo qualquer sentido de obrigação ou formalidade na relação (Guadalupe, 2009 citado em Silva, 2014). É bastante comum verificar o apoio social de alguém da família, parentes vizinhos, amigos, etc. (Nowak, 2001 citado em Silva, 2014). A rede de apoio informal ao idoso pode subdividir-se em dois grupos: as constituídas pela família do próprio idoso e as constituídas pelos amigos. Estas redes desempenham um papel importante no apoio à velhice, tanto no ponto de vista instrumental como emocional (Paúl, 1997 citado em Silva, 2014). Por outro lado, as redes secundárias referem-se a laços institucionais num âmbito estruturado e de existência oficial e têm o objetivo de responder a exigências de natureza funcional, fornecendo recursos ou instituindo serviços (Guadalupe, 2009 citado em Silva, 2014). Paúl (1997) citado em Silva (2014) refere que nestas redes estão incluídas os serviços estatais de segurança social, da saúde e os diferentes tipos de respostas sociais comunitárias criados para a população idosa. Para muitos idosos as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema (Paúl, 1997 citado em Silva, 2014). Em contrapartida, a institucionalização também pode facilitar o acesso a novas amizades, potenciando o alargamento da rede e do suporte social nalguns casos. A resposta institucional, Lar de Idosos, apresenta um conjunto de vantagens diferenciais face aos outros tipos de respostas sociais, no entanto, se para determinadas pessoas, a institucionalização não constitui uma alternativa adequada, para outras é uma solução para os seus problemas e dificuldades. Atualmente a opção Lar de Idosos não pode ser representada como uma solução para quem não tem apoio informal, mas como uma oportunidade da população idosa poder beneficiar de uma melhor qualidade de vida (Daniel, 2009).

Como já foi referido, a análise da rede social pessoal possibilita a avaliação das dimensões estruturais, funcionais e relacionais e contextuais. Segundo Guadalupe (2009) citado em Silva (2014), na dimensão estrutural podemos encontrar características como: a composição da rede; a distribuição da rede por quadrantes; o tamanho da rede e dos quadrantes; a densidade da rede. Na dimensão funcional encontram-se três características possíveis de estudar: as funções genéricas de suporte social percebido e recebido, onde verificamos o suporte emocional, o suporte tangível (material ou instrumental), e o suporte informativo; as funções específicas de suporte social, isto é, a companhia, o acesso a recursos e novos vínculos e a regulação social; outras características funcionais

na avaliação do suporte social, onde se analisa a multidimensionalidade funcional, a reciprocidade funcional, as funções em torno de situação específica do sujeito central e as características idiossincráticas do momento do suporte. Quanto à dimensão relacional e contextual, engloba características como: homogeneidade/heterogeneidade da rede; intensidade e compromisso relacional; duração e história da relação (vínculo); fontes de stresse e conflitualidade: dispersão (geográfica) da rede; frequência de contactos entre os elementos.

Segundo as tipologias de rede de suporte social de Guay (1984) citado em Silva (2014), baseadas na densidade da rede, ou seja, na interconexão dos membros entre si, a rede fragmentada é composta por pequenos subgrupos relativamente independentes entre si, muitas vezes situados num ou noutro quadrante da rede. Este tipo de rede é tida como mais adaptada à sociedade urbana contemporânea, caracterizada pelas mudanças sociais e mobilidade, sendo mais flexível. O tipo de suporte que esta rede pode oferecer nem sempre é equilibrado, podendo o ego estar sobrecarregado ou os membros da rede não terem os recursos necessários para lidarem com a problemática. Nas redes seletivas definidas por Portugal (2006) citado em Silva (2014), encontra-se na família o núcleo dos seus laços fortes, mas, estas redes que não se limitam somente a esse subsistema revelam uma abertura a laços exteriores. Nesta rede o termo “seletivo” é estabelecido porque existe uma triagem das relações estabelecidas (parentes distantes, colegas, vizinhos). Nas redes abertas de Portugal (2006) citado em Silva (2014), o familismo também marca relações com o parentesco, que continuam a ser fundamentais no plano material e afetivo. É uma rede com vários subsistemas de relações no interior da rede (parentes próximos, amigos, conhecidos, colegas). Para além destas redes de suporte social, existem as redes afinicas que são as únicas não estruturadas em torno dos laços de parentesco (Portugal, 2006 citado em Silva, 2014). Nestas redes, o tipo de laço que predomina é o laço de afinidade. As ajudas que provêm da família são reduzidas, os encontros são raros, existe um distanciamento dos parentes. Ao contrário das restantes, são redes dispersas, os membros são poucos e quase não interagem entre si.

3.2. Estudos empíricos de comparação de rede de suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados

Como mencionado anteriormente, devido à investigação recente sobre este tema, não serão abordados estudos relativos a todas as variáveis consideradas na presente investigação. Com o objetivo de estudar a relação entre a solidão e o bem-estar subjetivo

de idosos institucionalizados e não institucionalizados, Lopes (2012), realizou a sua investigação com 24 idosos com idades entre os 61 e 93 anos. Este autor demonstrou que os idosos não institucionalizados mantêm um contacto mais regular com os familiares, com os amigos e os vizinhos. Já no que concerne aos idosos institucionalizados, estes são os que têm contactos mais raros com os familiares, mas sobretudo com os amigos e os vizinhos. São também os que mais referem nunca terem contactos com os mesmos, no entanto, a institucionalização permite conhecer novas pessoas e criar novos laços de amizade. Estes dados demonstram que, se por um lado a institucionalização traz benefícios ao nível das condições materiais, como habitação e acompanhamento médico, é também acompanhada por um decréscimo de contacto com as pessoas significativas, e com a sua rede de suporte social, e em certa medida, também por um isolamento. Os resultados revelam, ainda, que ao nível das figuras de suporte existem ligeiras diferenças entre os grupos, uma vez que estes se encontram essencialmente na família e nos vizinhos, para os idosos não institucionalizados, enquanto para os idosos institucionalizados surge a instituição como figura de suporte. No geral, verifica-se que a família tem um papel fundamental enquanto agente da rede de apoio social, e que mesmo em caso de institucionalização, esse papel é um referencial para o idoso.

Assim, encontram-se diferenças na rede de suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, ou seja, os idosos institucionalizados têm contatos mais raros com os familiares, enquanto os idosos não institucionalizados mantêm um contacto mais regular com os familiares, amigos e vizinhos. Neste sentido, para o primeiro grupo as figuras de suporte são os técnicos da instituição, sendo que para o outro grupo surgem como figuras de suporte os familiares, amigos e vizinhos. (Lopes, 2012).

Normalmente, as redes de idosos não são muito expressivas em relação ao tamanho, o que se verificou em vários estudos. Numa investigação recente em Portugal (FFMS, 2013 citado em Silva, 2014), numa amostra de 1000 indivíduos com 50 ou mais anos, verificou-se que os tamanhos médios das redes variavam entre uma e oito pessoas. Neste estudo classificaram duas redes quanto ao tamanho, de pequena dimensão (constituída por 1 ou 2 pessoas) e de grande dimensão (que contemplam 3 ou mais membros), sendo que tais categorizações não correspondem ao referido pela maioria dos estudos nem pela teoria. Num outro estudo, com 119 idosos que usufruem de serviços de apoio domiciliário, foi identificado que as redes sociais tinham um tamanho médio de 16 pessoas (com uma mediana de 10 membros), variando entre 0 e 70 o número de pessoas que os idosos conheciam suficientemente para poder visitá-las (Daniel, Ribeiro, &

Guadalupe, 2011). Valle e García (1994) corroboram o que foi referido anteriormente, apontando para que os idosos que não têm apoio de serviços apresentem mais membros na sua rede do que aqueles que têm apoios de serviços domiciliários, apresentando estas redes mais diminutas. Os idosos institucionalizados também apresentam poucos membros nas suas redes sociais, o que se verificou num estudo espanhol, com uma amostra de 131 idosos, em que os idosos institucionalizados tinham um tamanho médio de redes sociais informais de 13 membros (Zumalde, 1994).

Em Portugal, geralmente nos estudos realizados sobre valores e representações, a família surge como esfera prioritária de investimento pessoal e afetivo (Portugal, 2006 citado em Silva, 2014). O mesmo se verifica quanto aos idosos institucionalizados que revelam redes familistas, no entanto, existe uma maior tendência para valorizar os amigos residentes do que os amigos do exterior (Zumalde, 1994).

Ao nível de outras variáveis também se encontram diferenças entre os dois grupos, sendo que em relação à idade, com o avançar da mesma, existe tendência para as redes de suporte social ficarem mais pequenas, atendendo às perdas relacionais geracionais e outros fatores associados à aposentação e senescência, factos também verificados nos estudos de Daniel, Ribeiro, Guadalupe (2011), de Valle e García (1994) e de Zumalde (1994). Relativamente às habilitações literárias, idosos com níveis médios de escolaridade (3º ciclo e secundário) apresentam níveis de apoio social ligeiramente superiores. Na perspetiva dos autores, isso pode explicar-se pelo facto de os idosos com um nível superior de escolaridade, não sentirem tanta necessidade de apoio, uma vez que também têm um nível cultural mais elevado. Por outro lado, no caso dos idosos com menos escolaridade, o apoio é menor, o que pode ser explicado por uma rede informal com menos recursos e disponibilidades. Por fim, atendendo ao género e estado civil, segundo os mesmos autores, não existem diferenças entre estas variáveis.

Através desta revisão da literatura é possível compreender o envelhecimento como um conceito multidimensional que está relacionado com o aspeto cronológico mas também com fatores biológicos, psicológicos e sociológicos (Fonseca, 2005). Desta forma, a qualidade de vida e rede de suporte social são aspetos fundamentais que contribuem para o envelhecimento saudável do idoso. A qualidade de vida na velhice relaciona-se com a competência adaptativa nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental (Pereira, Alvarez & Traebert, 2011) e a rede de suporte social é inerente ao ser humano, uma vez que este é integrante de grupos sociais que se modificam no

tamanho, qualidade e quantidade, ao longo do ciclo de vida e conforme a vida decorre (Daniel, Ribeiro, & Guadalupe, 2011).

4. Estudo Empírico

Esta investigação assume um carácter quantitativo, sendo a metodologia descrita pela apresentação dos objetivos, hipóteses, amostra, instrumentos, procedimento, resultados e discussão.

4.1. Objetivo

O objetivo geral deste estudo é comparar a qualidade de vida e a rede de suporte social entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados e como objetivos específicos pretende-se comparar estes constructos com outras variáveis independentes e relevantes para a sua compreensão e predição, como a idade, género, estado civil, habilitações literárias e número de anos de institucionalização.

4.2. Hipóteses

Em função dos objetivos formulados e atendendo ao modelo conceptual de base, considerando os constructos de qualidade de vida (autonomia; participação social; intimidade; funcionamento sensorial; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer; qualidade de vida geral) e rede de suporte social (tamanho da rede; campos relacionais; frequência de contactos; características funcionais; tipo de densidade; aposentação) formularam-se as seguintes hipóteses:

H₁: Os idosos institucionalizados apresentam melhor qualidade de vida em geral (Lopes, 2012);

H₂: Os idosos não institucionalizados apresentam melhor qualidade de vida nas dimensões autonomia, participação social e intimidade (Khoury & Sá-Neves, 2014);

H₃: Os idosos institucionalizados apresentam melhor qualidade de vida na dimensão funcionamento sensorial (Khoury & Sá-Neves, 2014);

H₄: Não há diferenças entre os dois grupos de idosos nas dimensões de atividades passadas, presentes e futuras e morte e morrer (Khoury & Sá-Neves, 2014);

H₅: O tamanho da rede de suporte social de idosos não institucionalizados é maior do que a dos idosos institucionalizados (Zumalde, 1994);

H₆: Em ambos os grupos de idosos, o campo relacional mais saliente é a família (Lopes, 2012);

H₇: Os idosos não institucionalizados têm um contacto mais regular com a família, vizinhos e amigos do que os idosos institucionalizados (Lopes, 2012);

H₈: À medida que a idade avança, os idosos apresentam menor qualidade de vida (Almeida & Rodrigues, 2008);

H₉: À medida que a idade avança, a rede de suporte social diminui (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), (Valle & García, 1994) e (Zumalde, 1994);

H₁₀: Os homens idosos evidenciam mais qualidade de vida quando comparados com as mulheres idosas (Lima, Lima & Ribeiro, 2010);

H₁₁: Não existe relação entre o tamanho da rede de suporte social e o género dos idosos (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), (Valle & García, 1994) e (Zumalde, 1994);

H₁₂: Os idosos casados apresentam maiores níveis de qualidade de vida enquanto os idosos viúvos apresentam níveis mais baixos (Almeida & Rodrigues, 2008);

H₁₃: Não se verificam diferenças entre o tamanho da rede de suporte social e o estado civil dos idosos (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), (Valle & García, 1994) e (Zumalde, 1994);

H₁₄: Idosos com habilitações literárias médias demonstram uma maior rede de suporte social (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), (Valle & García, 1994) e (Zumalde, 1994);

H₁₅: Aquando da aposentação o tamanho da rede de suporte social diminui (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), (Valle & García, 1994) e (Zumalde, 1994).

Algumas destas hipóteses estão sustentadas pela revisão da literatura realizada neste estudo, porém outras serão consideradas por se julgar pertinente, embora não existam investigações que as fundamentem. Assim, formularam-se como questões de investigação:

QI₁: Percebem-se diferenças entre as habilitações literárias dos idosos e a qualidade de vida dos mesmos?

QI₂: Existe relação entre a qualidade de vida e o número de anos de institucionalização dos idosos?

QI₃: Existe relação entre o tamanho da rede de suporte social e o número de anos de institucionalização dos idosos?

QI₄: Verificam-se diferenças ao nível das características funcionais da rede de suporte social (apoio emocional, apoio material e instrumental, apoio informativo, companhia social, acesso a novos contactos e reciprocidade de apoio) entre os dois grupos de idosos?

QI₅: O tipo de densidade e o tamanho da rede de suporte social exercem uma influência positiva na qualidade de vida dos idosos?

4.3. Amostra

Esta investigação tem como amostra por conveniência dois grupos de participantes, sendo constituída por 30 idosos institucionalizados e 30 idosos não institucionalizados. Como critérios de inclusão foram utilizados a idade dos idosos, entre os 70 e 80 anos, uma vez que antes dos 70 anos poderá existir um maior número de idosos ativos e depois dos 80 anos começa a ocorrer um declínio cognitivo que poderia comprometer a recolha de dados; ambos os géneros e possuírem condições para participar na investigação. Para além destas, definiram-se outras variáveis sociodemográficas como o estado civil, habilitações literárias e número de anos de institucionalização.

Tabela 1: Descrição da amostra

Variável	Grupo	Frequência (F)	Percentagem (%)
Grupo de idoso	Institucionalizados	30	50
	Não institucionalizados	30	50
Género	Feminino	41	68.3
	Masculino	19	31.7
Estado Civil	Solteiro	17	28.3
	Casado	13	21.7
	Divorciado	4	6.7
	Viúvo	26	43.3
Habilitações literárias	Mestrado/Doutoramento	0	0
	Ensino Superior	12	20
	12º ano ou equivalente	3	5
	9º ano ou equivalente	7	11.7
	Menos que o 9º ano	38	63.3
Variável	Média (M)	Desvio-padrão (DP)	
Idade	76.20	3.32	
Nº. anos institucionalização	4.68	7.99	

A amostra total é constituída por 60 idosos, sendo que 30 (50%) estão institucionalizados e 30 (50%) não estão institucionalizados. As idades destes sujeitos variam entre os 70 e 80 anos (M=76.20; DP=3.32). Destes idosos, 41 (68.3%) são do género feminino e 19 (31.7%) são do género masculino. A maioria dos idosos é viúvo (43.3%) e possui menos que o 9º ano de escolaridade (63.3%). Nos idosos institucionalizados a média de anos de institucionalização são 4.68 anos (DP=7.99).

4.4. Instrumentos

Para a recolha dos dados foram aplicados aos idosos três instrumentos, com o objetivo de obter informações sociodemográficas, avaliar a qualidade de vida e analisar a rede de suporte social.

4.4.1. Questionário Sociodemográfico

Com o objetivo de recolher alguns dados sociodemográficos, primeiramente foi aplicado o Questionário Sociodemográfico (anexo 1) aos idosos, a fim de recolher algumas informações necessárias para o estudo. Este questionário foi elaborado para esta investigação e é composto por cinco perguntas sobre a idade, género, estado civil, habilitações literárias e anos de institucionalização.

4.4.2. World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD

Para a avaliação da qualidade de vida segundo a perspetiva dos idosos, foi utilizado o World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD, 2009) (anexo 2), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 2005 e adaptado à população portuguesa por Vilar, Sousa e Simões em 2009 (Vilar, 2015). A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, é de grande importância científica e social (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003), daí o interesse do WHOQOL-OLD. Este novo instrumento tem como objetivo fornecer um conjunto de itens adicionais para a avaliação da qualidade de vida em idosos, gerados a partir de uma metodologia transcultural que permita comparações fidedignas das medições em diferentes contextos culturais (Fleck Souza & Barros, 2008).

O WHOQOL-OLD é um inventário de avaliação da Qualidade de Vida (QdV) a ser utilizado especificamente com adultos idosos e na sua versão original, é constituído por 6 dimensões, num total de 24 itens, com escala de resposta tipo Likert de cinco pontos (1-5). As dimensões que o integram são o funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. A primeira dimensão avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação. A autonomia avalia a capacidade para viver de forma autónoma e a independência para tomar decisões. O domínio das atividades passadas, presentes e futuras avalia a satisfação dos objetivos alcançados na vida e projetos a realizar. A participação social avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade. A dimensão morte e morrer avalia

preocupações e medos sobre a morte e o morrer e o último domínio, intimidade avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

Os estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa implementados seguiram os delineamentos conceptuais e metodológicos propostos pelos Grupos WHOQOL/WHOQOL-OLD. As análises no âmbito do modelo *Rasch* permitiram estabelecer a versão portuguesa do WHOQOL-OLD, constituído por 7 facetas, num total de 28 itens, integrando, para além das dimensões originais, a nova faceta, culturalmente relevante, família/vida familiar. A partir da análise de componentes principais dos resíduos, quando analisada cada faceta, isoladamente, os resultados indicaram forte dimensionalidade. No geral, os dados sustentam a boa qualidade da medição efetuada pelos itens. As estatísticas das pessoas revelam que, no geral, a qualidade de vida é estimada com precisão aceitável a boa. Assim, a versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD apresenta boas características psicométricas (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

Este instrumento revela qualidades psicométricas adequadas, demonstrando uma consistência interna aceitável, com valores *alpha* de *Cronbach* de .89 para a pontuação total (correspondente ao conjunto das 24 questões) e a variar entre .72 e .88, para as facetas (.72 para a faceta autonomia; .74 para atividades passadas, presentes e futuras; .79 para participação social; .84 para funcionamento sensorial; .84 para morte e morrer; e .88 para intimidade). No que respeita à validade de constructo, as intercorrelações entre facetas apresentam valores que oscilam entre .67 (para participação social e atividades passadas, presentes e futuras) e .04 (para intimidade e morte e morrer), significando que as facetas abordam, no geral, aspetos diferentes de qualidade de vida. Atendendo, porém, às correlações das facetas com o resultado total, parece transparecer um fator geral de qualidade de vida, com a faceta morte e morrer a apresentar a correlação mais baixa (.80 para atividades passadas, presentes e futuras; .77 para participação social; .72 para autonomia; .64 para intimidade; .62 para funcionamento sensorial; e .49 para morte e morrer) (Vilar, 2015). Nesse sentido, o WHOQOL-OLD é um instrumento que disponibiliza resultados precisos e válidos, constituindo assim uma medida de referência na avaliação da qualidade de vida de adultos idosos, em Portugal (Vilar, Sousa & Simões, 2015).

4.4.3. Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal- Idosos

O Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal- Idosos (IARSP) de Alarcão, Abreu e Sousa (2007) (anexo 3) foi aplicado aos idosos para analisar as suas redes sociais pessoais, em particular as suas características estruturais e funcionais bem como os atributos dos vínculos (Antunes, Sequeira & Alarcão, 2011). O IARSP é um instrumento multidimensional que pretende recolher informação acerca da rede social pessoal do indivíduo. É constituído por um conjunto de itens que nos permitem identificar e caracterizar a rede nos seus aspetos estruturais, funcionais e em alguns atributos do vínculo relacional. O IARSP tem diferentes campos, passíveis de serem selecionados para se adaptar aos objetivos dos vários projetos de investigação, dependendo do número de campos e itens da versão utilizada e do propósito com o qual se utiliza. Na primeira parte consta um campo para caracterização do sujeito central e um campo para o gerador de rede (Guadalupe, 2012).

A versão IASRP integra as características funcionais e algumas questões adicionais referidas como relevantes pela literatura, sendo o instrumento constituído por três partes diferenciadas. Na primeira parte do instrumento são dadas instruções sobre o seu preenchimento, é solicitada, também, informação referente ao idoso como o nome, a idade, a escolaridade, a profissão, e a zona de residência. A segunda parte é caracterizada pelo “gerador de rede” ou “pergunta sonda” que enquadra todas as restantes questões em torno da rede. É uma pergunta inicial que vai delimitar as fronteiras da rede e deve ser adequada aos objetivos da avaliação, podendo ser formulada de forma genérica para que o sujeito indique os membros da sua rede de relações ou de forma específica, sendo solicitada a configuração de uma rede de suporte para uma situação ou função específica (p. ex: gostaria que me falasse das pessoas mais significativas para si). A formulação do gerador determina e orienta a enumeração de membros da rede, sendo que para o mesmo sujeito ou família podemos conceber redes com distintas características conforme o gerador de rede utilizado (Guadalupe, 2012). Após esta identificação os elementos devem ser inscritos nos quadrantes família, relações de amizade, relações de trabalho, relações comunitárias ou de vizinhança ou relações no âmbito institucional. Nesta parte, o sujeito será ainda confrontado com questões que visam a caracterização dessas pessoas significativas, como idade, profissão, frequência dos contactos e residência (distância aproximada existente entre o local onde reside cada uma das pessoas identificadas e o idoso) (p. ex: Que idade tem essa pessoa? Com que frequência fala com ela? Ela vive próximo ou distante de si?). Posteriormente é pedido ao idoso que identifique que tipo de

apoios e em que grau (1- se não lhe dá nenhum apoio, 2- se lhe dá algum apoio mas não o suficiente, 3- se lhe dá apoio suficiente), cada pessoa significativa lhe oferece apoio emocional (p. ex: Essa pessoa estima-o e compreende-o?), financeiro, material ou instrumental (p. ex: Ela ajuda-o no dia-a-dia?), informativo (p. ex: Essa pessoa dá-lhe informações úteis, esclarece-o?), acesso a novos contactos (p. ex: Apresenta-lhe pessoas novas?), companhia social e regulação social (p. ex: Faz-lhe companhia?). Por outro lado, o idoso também deve referir os apoios, e em que grau retribui a cada uma das pessoas mencionadas (1- não lhes costuma dar apoio, 2- se lhes dá algum apoio, 3- se lhes dá muito apoio). Finalmente, na última parte, o idoso deve indicar os elementos da rede que se conhecem entre si, independentemente de si próprio (p. ex: Todas as pessoas que mencionou conhecem-se entre si?). Assim, o objetivo prende-se com o conhecimento da estrutura da rede social do idoso assim como as características específicas das relações que mantém com outras pessoas que são importantes para si. A escala de respostas deste instrumento é do tipo Likert, sendo pontuadas de 1 a 5, em que o 1 corresponde a "Nunca", o 2 corresponde a "Raramente", o 3 corresponde a "Pouco frequente", o 4 corresponde a "Frequente" e o 5 corresponde a "Muito Frequente", e as pontuações mais elevadas caracterizam uma maior e melhor rede de suporte social (Teixeira, 2011).

Este é sobretudo um instrumento descritivo, não permitindo uma avaliação psicométrica. Mas, se a sua fiabilidade e validade não podem ser apuradas estatisticamente, e se lhe encontram limites ao tratamento estatístico, uma vez que não é um constructo unidimensional nem utiliza uma escala única de respostas, exige um processo de cotação intermédia e apresenta validade facial. A este propósito, Alarcão e Sousa (2007) afirmam que o IARSP se apresenta como uma forma estruturada e útil para a análise, compreensão, intervenção e investigação no âmbito das redes sociais pessoais (Guadalupe, 2008).

4.5. Procedimento

Após a definição do tema, objetivos, hipóteses e amostra, procedeu-se à escolha dos instrumentos mais adequados e posteriormente foi realizado o pedido de autorização aos seus autores para se utilizar esses mesmos instrumentos neste projeto de investigação.

Seguidamente à identificação dos participantes, mediante os critérios de inclusão, foram cumpridos os princípios formais de apresentação dos objetivos do estudo e pedidos de autorização às instituições contactadas (anexo 4). Após este procedimento, os idosos

foram contactados e informados acerca da natureza, objetivos e métodos do estudo. Foi-lhes solicitada a sua colaboração, garantindo a confidencialidade das respostas (anexo 5).

A recolha de dados dos idosos institucionalizados foi realizada num Lar de idosos no distrito de Braga e os dados dos idosos não institucionalizados foram recolhidos numa Universidade Sénior e no domicílio, também no distrito de Braga. Relativamente aos instrumentos utilizados, aplicou-se um Questionário Sociodemográfico para recolher algumas informações sobre os idosos, o instrumento WHOQOL-OLD para avaliar a qualidade de vida dos idosos e o IARSP para analisar a rede de suporte social dos mesmos.

A análise dos dados quantitativos, obtidos através da aplicação dos instrumentos, foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows.

4.6. Apresentação dos resultados

A análise dos dados quantitativos foi realizada com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows. Para verificar a correlação entre as variáveis, utilizou-se o teste de correlação de Pearson para averiguar a associação entre duas variáveis intervalares; o teste de Spearman para explorar se duas variáveis ordinais ou uma ordinal e uma intervalar estão associadas; e o teste de Ponto-biserial para analisar a relação entre uma variável intervalar e uma nominal dicotómica. Por outro lado, para analisar as diferenças entre as variáveis em contexto de inter-sujeitos, utilizou-se o Teste T para Amostras Independentes para averiguar se as médias da variável dependente, nos dois grupos em comparação, diferem significativamente uma da outra; o teste de Mann-Whitney para analisar se as ordens médias, de dois grupos independentes, ao nível de uma variável dependente diferem; e a Análise de Variância ANOVA Unifatorial para comparar três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar. Por último utilizou-se também uma Regressão Linear Múltipla, supondo-se a existência de uma associação linear entre uma variável resultado e uma ou mais predictoras. Desta forma, os resultados serão apresentados pela ordem de hipóteses supramencionadas.

4.6.1. Idosos institucionalizados e não institucionalizados e qualidade de vida em todas as dimensões

Tabela 2: Diferenças entre a qualidade de vida nas várias dimensões e geral com os grupos de idosos

Variáveis	Idosos institucionalizados		Idosos não institucionalizados		Teste t para amostras independentes		
	M	DP	M	DP	t	df	p
Autonomia	15.97	3.49	17.30	2.43	-1.72	58	.091
Participação social	15.60	4.22	16.87	3.07	-1.33	58	.189
Intimidade	14.60	3.74	16.43	2.39	-2.26	49.29	.028
Funcionamento sensorial	16.37	3.42	17.37	2.67	-1.26	58	.212
Atividades passadas, presentes e futuras	14.57	2.73	15.73	2.39	-1.76	58	.083
Morte e morrer	13.83	5.58	13.40	4.11	.343	53.30	.733
Qualidade de vida geral	104.87	17.25	114.40	14.37	-2.33	58	.024

Nota: Significância (p) <.05

Pretendeu-se avaliar as diferenças entre a qualidade de vida nas dimensões de autonomia, participação social e intimidade com o grupo de idosos, sendo que na dimensão de autonomia encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos não institucionalizados (M= 17.30; DP= 2.43), assim como na dimensão participação social (M= 16.87; DP= 3.07), na dimensão intimidade (M= 16.43; DP=2.39), na dimensão funcionamento sensorial (M= 17.37; DP= 2.67), na dimensão atividades presentes, passadas e futuras (M= 15.73; DP= 2.39) e na qualidade de vida geral (M=114.40; DP= 14.37). No entanto verificaram-se pontuações médias mais altas nos idosos institucionalizados na dimensão morte e morrer (M= 13.83; DP=5.58). Foi utilizado o teste t para amostras independentes para verificar se existem diferenças nestas dimensões da qualidade de vida em função do grupo de idosos, verificando-se que apenas existem diferenças significativas na dimensão intimidade [$t_{(49.29)} = -2.26$, $p = .028$] e na qualidade de vida geral [$t_{(58)} = -2.33$, $p = .024$], demonstrando que os idosos não institucionalizados apresentam maiores níveis nestes dois fatores.

4.6.2. Tamanho da rede de suporte social e grupo de idosos

Tabela 3: Diferenças entre o tamanho da rede de suporte social e o grupo de idosos

Variáveis	Idosos		Idosos não		Teste t para amostras independentes		
	institucionalizados		institucionalizados		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Tamanho da rede de suporte social	3.97	3.77	6.60	3.19	-2.92	58	.091

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar as diferenças no tamanho da rede de suporte social com o grupo de idosos, encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos não institucionalizados (M= 6.60; DP= 3.19). Os resultados apontam que não existem diferenças estatisticamente significativa entre estas variáveis (p>.05).

4.6.3. Campos relacionais da rede de suporte social e grupo de idosos

Tabela 4: Diferenças nos campos relacionais da rede de suporte social e grupo de idosos

Variáveis	Idosos		Idosos não		Teste t para amostras independentes		
	institucionalizados		institucionalizados		t	df	p
	M	DP	M	DP			
Relações familiares	2.20	3.62	5.60	3.38	-3.76	58	.000
Relações de amizade	.97	1.10	.73	.83	.93	58	.357
Relações de vizinhança	.00	.00	.10	.31	-1.80	29	.083
Relações de trabalho	.07	.37	.17	.75	-.66	58	.513
Relações de técnicos	.73	.83	.00	.00	4.85	29	.000

Nota: Significância (p) <.05

Pretendeu-se avaliar as diferenças entre os campos relacionais da rede de suporte social e o grupo de idosos. Os idosos institucionalizados apresentam pontuações mais altas no campo relacional da amizade (M=.97; DP=1.10) e nas relações com os técnicos (M=.73; DP=.83). Por outro lado, os idosos não institucionalizados apresentam pontuações mais altas no campo relacional familiar (M=5.60; DP=3.38), nas relações de vizinhança (M=.10; DP=.31) e nas relações de trabalho (M=.17; DP=.75). Foi utilizado o teste t para amostras independentes para verificar se existem diferenças nestes campos relacionais da rede de suporte social em função do grupo de idosos. Os resultados

permitem perceber diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível do campo relacional da família ($t_{(58)} = -3.76$, $p < .01$) e nas relações com os técnicos ($t_{(29)} = 4.85$, $p < .01$), verificando-se assim que os idosos não institucionalizados apresentam maior relação com a família e os idosos institucionalizados com os técnicos. Relativamente aos restantes campos relacionais não se verificaram diferenças significativas ($p > .05$).

4.6.4. Frequência de contactos e grupo de idosos

Tabela 5: Diferenças entre frequência de contactos da rede de suporte social com o grupo de idosos

Variáveis	Idosos	Idosos não	Teste de Mann-Whitney	
	institucionalizados	institucionalizados	U	p
	OM	OM		
Contactos com família	31.47	29.53	421	.662
Contactos com amigos	30.52	30.48	449.5	.994
Contactos com vizinhos	29.00	32.00	405	.078
Contactos com colegas de trabalho	30.03	30.97	463	.584
Contactos com técnicos	38.5	22.5	210	.000

Nota: Significância (p) $< .05$

Pretendeu-se avaliar a frequência de contactos dos vários campos relacionais da rede de suporte social com os grupos de idosos, sendo que os idosos institucionalizados apresentaram médias mais altas nos contactos com a família (OM= 31.47), com os amigos (OM=30.52) e com os técnicos (OM= 38.5). Por outro lado, os idosos não institucionalizados apresentam pontuações médias mais elevadas nos contactos com os vizinhos (OM= 32.00) e com os colegas de trabalho (OM= 30.97). Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para verificar se existem diferenças entre estas variáveis, sendo que apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas na variável da frequência de contactos com os técnicos ($U = 210$; $p < .01$), demonstrando que os idosos institucionalizados tem maiores contatos com os técnicos da instituição.

4.6.5. *Qualidade de vida e idade*

Tabela 6: Correlação entre a qualidade de vida e a idade dos idosos

Variáveis	Idade	
	Pearson correlation (r)	Significância (p)
Qualidade de vida	-.011	.933

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre a qualidade de vida e a idade dos idosos, foi utilizado um teste não paramétrico de correlação de Pearson. Os resultados apontam que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p > .05$).

4.6.6. *Tamanho da rede de suporte social e idade*

Tabela 7: Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e a idade dos idosos

Variáveis	Idade	
	Pearson correlation (r)	Significância (p)
Tamanho da rede	-.122	.354

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre o tamanho da rede de suporte social e a idade utilizou-se o teste de correlação de Pearson, verificando-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p > .05$).

4.6.7. *Qualidade de vida e gênero*

Tabela 8: Correlação entre a qualidade de vida em função do gênero dos idosos

Variáveis	Gênero	
	Ponto-bisserial (r_{pb})	Significância (p)
Qualidade de vida	.110	.404

Nota: Significância (p) <.05

Para analisar a relação entre a qualidade de vida em função do gênero dos idosos, foi utilizado um teste de correlação de Ponto-bisserial. Os resultados apontam que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p > .05$).

4.6.8. Tamanho da rede de suporte social e gênero

Tabela 9: Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e gênero dos idosos

Variáveis	Gênero	
	Ponto-biserial (r_{pb})	Significância (p)
Tamanho da rede	.140	.286

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre o tamanho da rede de suporte social e gênero utilizou-se o teste de associação Ponto-biserial, verificando-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p > .05$).

4.6.9. Qualidade de vida e estado civil

Tabela 10: Diferenças na qualidade de vida em função do estado civil dos idosos

Variáveis	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		ANOVA		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	df	p
Qualidade de vida	100.76	19.17	109.46	16.34	121.25	4.99	113.73	13,44	3.16	3	.032

Nota: Significância (p) <.05

Tabela 11: Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos através do Teste Pos-Hoc de Tamhane's

Variáveis	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Casado	Casado	Divorciado
	vs	vs	vs	vs	vs	vs
	Casado	Divorciado	Viúvo	Divorciado	Viúvo	Viúvo
Qualidade de vida	.720	.006	.127	.207	.964	.315

Nota: Significância (p) <.05

Avaliando as diferenças entre a qualidade de vida e o estado civil dos idosos encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos divorciados (M= 121.25; DP= 4.99). Através do teste de ANOVA unifactorial encontraram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos [$F_{(3)}=3.16$, $p=.032$]. O Teste Post-Hoc de Tamhane's revelou que os idosos divorciados apresentam maiores níveis de qualidade de vida do que os idosos solteiros.

4.6.10. Tamanho da rede de suporte social e estado civil

Tabela 12: Diferenças no tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos

Variáveis	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		ANOVA		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	df	p
Rede de Suporte Social	3.00	1.17	6.00	3.44	5.75	2.50	6.35	4.49	3.41	3	.023

Nota: Significância (p) <.05

Tabela 13: Diferenças ao nível do tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos através do Teste Post-Hoc de Tamhane's

Variáveis	Solteiro vs Casado	Solteiro vs Divorciado	Solteiro vs Viúvo	Casado vs Divorciado	Casado vs Viúvo	Divorciado vs Viúvo
	Rede de Suporte Social	.054	.512	.006	1.00	1.00

Nota: Significância (p) <.05

Avaliando as diferenças entre o tamanho da rede de suporte social e o estado civil dos idosos, encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos viúvos (M= 6.35; DP= 4.49). Através do teste de ANOVA unifactorial encontraram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos [$F_{(3)}=3.41$, $p=.023$]. O Teste Post-Hoc de Tamhane's revelou que os idosos viúvos apresentam maior rede de suporte social do que os idosos solteiros.

4.6.11. Tamanho da rede de suporte social e habilitações literárias

Tabela 14: Diferenças no tamanho da rede de suporte social em função das habilitações literárias dos idosos

Variáveis	Mestrado/ Doutoramento		Ensino Superior		12º ano ou equivalente		9º ano ou equivalente		Menos que o 9º ano		ANOVA		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	df	p
Rede de Suporte Social	0	0	8.67	3.55	8.00	1.00	4.29	1.60	4.18	3.46	6.61	3	.001

Nota: Significância (p) <.05

Tabela 15: Diferenças ao nível do tamanho da rede de suporte social em função das habilitações literárias dos idosos através do Teste Post-Hoc

Variáveis	Ensino S.	Ensino S.	Ensino S.	12º ano	12º ano	9º ano
	vs 12º ano	vs 9º ano	vs Menos 9º ano	vs 9º ano	vs Menos 9º ano	vs Menos 9º ano
Rede de Suporte Social	.995	.012	.007	.023	.012	1.00

Nota: Significância (p) <.05

Avaliando as diferenças entre o tamanho da rede de suporte social e as habilitações literárias dos idosos, idosos, encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos que têm o ensino superior (M= 8.67; DP= 3.55). Através do teste de ANOVA unifactorial encontraram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos [$F_{(3)}=6.61$, $p=.001$]. O Teste Post-Hoc de Tamhane's revelou que os idosos que possuem o Ensino Superior apresentam maior rede de suporte social do que os idosos que têm o 9º ano, seguindo-se os idosos que têm o ensino superior relativamente com os que têm menos que o 9º ano, assim como os que têm o 12º ano comparativamente com os que possuem o 9º ano, sendo que por fim situam-se os idosos que possuem o 12º ano comparativamente com os que têm menos que o 9º ano.

4.6.12. Tamanho da rede de suporte social e aposentação

Tabela 16: Correlação entre o tamanho da rede de suporte social com a aposentação dos idosos

Variáveis	Aposentação	
	Spearman correlation (r_s)	Significância (p)
Tamanho da rede	-.117	.375

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre o tamanho da rede de suporte social e aposentação foi utilizado um teste não paramétrico de correlação de Spearman, verificando-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p>.05$).

4.6.13. Qualidade de vida e habilitações literárias

Tabela 17: Diferenças na qualidade de vida em função das habilitações literárias

Variáveis	Mestrado/ Dout.		E. Superior		12º ano ou equivalente		9º ano ou equivalente		Menos que o 9º ano		ANOVA		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	df	p
	Qualidade de vida	0	0	124.67	8.83	115.00	7.55	116.57	11.43	103.18	16.037	6.61	3

Nota: Significância (p) <.05

Tabela 18: Diferenças ao nível da qualidade de vida em função das habilitações literárias dos idosos através do Teste Pos-Hoc de Tamhane's

Variáveis	Ensino S.	Ensino S.	Ensino S.	12º ano	12º ano	9º ano
	vs	vs	vs	vs	vs	vs
	12º ano	9º ano	Menos 9º ano	9º ano	Menos 9º ano	Menos 9º ano
Qualidade de vida	.584	.587	.000	1.00	.420	.128

Nota: Significância (p) <.05

Avaliando as diferenças entre a qualidade de vida e as habilitações literárias dos idosos, encontram-se pontuações médias mais altas nos idosos que possuem o ensino superior (M= 124.67; DP= 8.83). Através do teste de ANOVA unifactorial encontraram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função das habilitações literárias dos idosos [$F_{(3)}=6.61$, $p=.001$]. O Teste Post-Hoc de Tamhane's revelou que os idosos que possuem o ensino superior apresentam maior qualidade de vida do que os idosos que têm escolaridade inferior ao 9º ano.

4.6.14. Qualidade de vida e número de anos de institucionalização

Tabela 19: Correlação entre qualidade de vida e números de anos de institucionalização dos idosos

Variáveis	Nº anos institucionalização	
	Pearson correlation (r)	Significância (p)
Qualidade de vida	-.516	.000

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre a qualidade de vida e o número de institucionalização dos idosos, foi utilizado um teste não paramétrico de correlação de Pearson. Os resultados apontam que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa e moderada entre as variáveis ($r= -.516$, $p<.01$), ou seja, à medida que os anos de institucionalização avançam, a qualidade de vida diminui.

4.6.15. Tamanho da rede de suporte social e número de anos de institucionalização

Tabela 20: Correlação entre o tamanho da rede de suporte social e números de anos de institucionalização dos idosos

Variáveis	Nº anos institucionalização	
	Pearson correlation (r)	Significância (p)
Rede de Suporte social	-.339	.008

Nota: Significância (p) <.05

Para avaliar a relação entre a qualidade de vida e o número de institucionalização dos idosos, foi utilizado um teste não paramétrico de correlação de Pearson. Os resultados apontam que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa e fraca entre as variáveis ($r = -.339$, $p = .008$), ou seja, à medida que os anos de institucionalização aumentam, o tamanho da rede de suporte social diminui.

4.6.16. Características funcionais da rede de suporte social e grupo de idosos

Tabela 21: Diferenças entre as características funcionais da rede de suporte social com o grupo de idosos

Variáveis	Idosos institucionalizados	Idosos não institucionalizados	Teste de Mann-Whitney	
	OM	OM	U	p
Apoio emocional	28.17	32.83	380	.224
Apoio material e instrumental	34.03	26.97	344	.089
Apoio informativo	31.02	29.98	434	.800
Companhia social	30.40	30.60	447	.956
Acesso a novos contactos	29.73	31.27	427	.677
Reciprocidade de apoio	28.97	32.03	404	.156

Nota: Significância (p) <.05

Pretendeu-se avaliar as características funcionais da rede de suporte social com os grupos de idosos, sendo que os idosos institucionalizados apresentaram médias mais altas no apoio material e instrumental (OM= 34.03) e apoio informativo (OM= 31.02). Por outro lado, os idosos não institucionalizados apresentam pontuações médias mais elevadas no apoio emocional (OM= 32.83), companhia social (OM= 30.60), acesso a

novos contactos (OM= 31.27) e reciprocidade de apoio (OM= 32.03). Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para verificar se existem diferenças nestas características funcionais da rede de suporte social em função do grupo de idosos, no entanto não existem diferenças significativas entre as variáveis ($p > .05$).

4.6.17. Tipo de densidade, tamanho da rede de suporte social e qualidade de vida

Tabela 22: Influência do tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social na qualidade de vida dos idosos

Variáveis	Qualidade de vida				
	Beta	EP	β	t	p
Tamanho da rede	1.98	.52	.447	3.80	.000
Tipo de densidade	-4.56	5.65	-.10	-.81	.423

Nota: EP= erro padrão
 $F(2.57)=7.79$, $p=.001$; $R^2=.185$

Tendo como objetivos compreender se o tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social exercem uma influência positiva na qualidade de vida dos idosos, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla. Nesta análise, foi testado um modelo para a explicação da qualidade de vida, sendo assumidas como variáveis preditoras o tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social.

Os resultados da análise de regressão linear múltipla para a amostra total permitem validar o modelo estudado, verificando-se que as variáveis preditoras explicam significativamente a qualidade de vida, nomeadamente 18.5 % da variância do tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social.

Apenas a variável preditora tamanho da rede apresenta um coeficiente de regressão (Beta) estatisticamente significativo, muito forte e positivo (Beta= 1.98), isto é, quanto maior a rede de suporte social dos idosos, melhores níveis de qualidade de vida apresentam.

Analisando os principais resultados, podemos concluir que, ao nível da qualidade de vida, existem diferenças significativas entre os dois grupos de idosos na dimensão intimidade e na qualidade de vida geral, demonstrando que os idosos não institucionalizados apresentam maiores níveis nestes dois fatores. Ainda acerca deste constructo, e atendendo a algumas questões sociodemográficas, encontraram-se diferenças significativas ao nível da qualidade de vida em função do estado civil dos idosos, verificando-se que os idosos divorciados apresentam maiores níveis de qualidade

de vida do que os idosos solteiros. Em relação às habilitações literárias, os resultados demonstraram que os idosos que possuem o ensino superior apresentam maior qualidade de vida do que os idosos que têm escolaridade inferior ao 9º ano. E por fim, quanto aos anos de institucionalização, os dados sugerem que à medida que os anos de institucionalização avançam, a qualidade de vida diminui.

Atendendo a outro constructo analisado nesta investigação, a rede de suporte social, os resultados permitem perceber diferenças significativas entre os grupos de idosos ao nível do campo relacional da família e nas relações com os técnicos. Desta forma, verificou-se que os idosos não institucionalizados apresentam maior relação com a família e os idosos institucionalizados com os técnicos. Relativamente à frequência de contactos dos idosos com os vários campos relacionais, os resultados demonstram que os idosos institucionalizados têm maiores contatos com os técnicos da instituição. Atendendo a algumas questões sociodemográficas, encontraram-se diferenças significativas ao nível do tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos, verificando-se que os idosos viúvos apresentam maior rede de suporte social do que os idosos solteiros. Em relação às habilitações literárias, os resultados demonstraram que os idosos que possuem o Ensino Superior apresentam maior rede de suporte social do que os idosos que têm o 9º ano, seguindo-se os idosos que têm o ensino superior relativamente com os que têm menos que o 9º ano, assim como os que têm o 12º ano comparativamente com os que possuem o 9º ano, sendo que por fim situam-se os idosos que possuem o 12º ano comparativamente com os que têm menos que o 9º ano. E por fim, quanto aos anos de institucionalização, os dados sugerem que à medida que os anos de institucionalização aumentam, o tamanho da rede de suporte social diminui.

Relativamente à análise das diferenças entre os dois principais constructos estudados nesta investigação, os resultados demonstraram que quanto maior é a rede de suporte social dos idosos, melhores níveis de qualidade de vida apresentam.

4.7. Discussão dos resultados

No presente estudo pretendeu-se comparar a qualidade de vida e a rede de suporte social entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados com outras variáveis independentes e relevantes para a sua compreensão e predição, como a idade, género, estado civil, habilitações literárias e número de anos de institucionalização.

Assim, os resultados apresentados permitem perceber algumas diferenças em função das variáveis estudadas. Atendendo às diferenças entre as dimensões da qualidade de vida e os grupos de idosos, os resultados demonstram diferenças significativas, evidenciando que os idosos não institucionalizados apresentam melhores níveis de intimidade, confirmando-se parcialmente a segunda hipótese desta investigação. Estes resultados corroboram a revisão da literatura apresentada, em que Khoury e Sá-Neves (2014) demonstra que nesta dimensão, os idosos institucionalizados apresentam menor qualidade de vida uma vez que nas instituições grande parte dos idosos divide o quarto com outra pessoa, e para além disso todos os outros espaços são partilhados ficando, assim, comprometida a privacidade do idoso. Na avaliação da qualidade de vida em geral, percebeu-se que os idosos não institucionalizados apresentam maiores níveis o que não vai ao encontro do afirmado por Lopes (2012), que sugere que as condições materiais obtidas com a institucionalização são importante para uma percepção de vida mais positiva, refutando-se assim a primeira hipótese desta investigação. Os resultados obtidos neste estudo podem dever-se à maior liberdade que os idosos não institucionalizados possuem, assim como com a possibilidade de interagirem mais frequentemente com as pessoas mais significativas para si.

Atendendo às diferenças no tamanho da rede por campo relacional e os grupos de idosos, os resultados demonstram diferenças significativas ao nível da família e dos técnicos. Os idosos não institucionalizados apresentam mais relações no campo da família e o outro grupo de idosos apresenta maiores relacionamentos no campo dos técnicos. Estes resultados corroboram o estudo realizado por Lopes (2012) que indica que ao nível das figuras de suporte existem ligeiras diferenças entre os grupos, uma vez que estes se encontram essencialmente na família e nos vizinhos, para os idosos não institucionalizados, enquanto para os idosos institucionalizados surge a instituição como figura de suporte. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de, no caso dos idosos institucionalizados, a família delegar na instituição o cuidado ao idoso, enquanto nos idosos não institucionalizados é a própria família a assumir esse cuidado. Assim, estes resultados refutam parcialmente a quinta e sexta hipótese desta investigação, uma vez que para os idosos não institucionalizados, o campo relacional mais saliente são os técnicos da instituição.

No estudo das diferenças entre a frequência de contactos com os vários campos relacionais e os grupos de idosos, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos. Os idosos institucionalizados apresentam maiores contactos com os técnicos do

que os idosos não institucionalizados, o que se percebe através do que foi supramencionado, confirmando-se assim a sétima hipótese deste estudo.

Relativamente às diferenças entre a qualidade de vida e o estado civil dos idosos, os resultados apontam para diferenças significativas entre os idosos divorciados e os solteiros, sendo que os primeiros apresentam melhor qualidade de vida que os segundos. Estes resultados não são congruentes com a hipótese doze deste estudo nem com o que indica a literatura, uma vez que Almeida e Rodrigues (2008) referem que os idosos viúvos mencionam enquadrar-se no grupo sem qualidade de vida, enquanto no grupo com qualidade de vida são os idosos casados. Os resultados encontrados nesta investigação podem dever-se ao facto de os idosos divorciados terem tido a oportunidade de partilhar a sua vida com uma pessoa íntima, criando laços e ligações com mais pessoas, comparativamente aos idosos solteiros.

Atendendo às diferenças no tamanho da rede de suporte social em função do estado civil dos idosos, encontram-se diferenças entre os idosos viúvos e os solteiros, sendo que os primeiros apresentam um maior número de pessoas na rede de suporte social do que os segundos. Estes resultados não são congruentes com a hipótese treze desta investigação nem com os dados de Daniel, Ribeiro, Guadalupe (2011), de Valle e García (1994) e de Zumalde (1994), que indicam que não existem diferenças entre estas variáveis. Os resultados encontrados podem ser explicados pelo facto de os idosos viúvos, ao longo da sua vida, terem tido a oportunidade de criar laços com pessoas significativas para o seu cônjuge, aumentando assim a sua rede de suporte social, sendo que os idosos solteiros não tiveram essa oportunidade.

No estudo do tamanho da rede de suporte social em função das habilitações literárias, encontramos várias diferenças a níveis distintos, sendo que a hipótese catorze foi totalmente confirmada. Os nossos resultados evidenciam que os idosos com o ensino superior apresentam maior rede de suporte social que os que têm o 9º ano e menos que o 9º ano, assim com os idosos que têm o 12º ano apresentam maior rede de suporte social que os que têm o 9º ano e menos que o 9º ano. Estes resultados são, em parte, congruentes com os estudos de Daniel, Ribeiro, Guadalupe (2011), de Valle e García (1994) e de Zumalde (1994), que indicam que os idosos com níveis médios de escolaridade (3º ciclo e secundário) apresentam níveis de apoio social ligeiramente superiores, no entanto, neste estudo encontramos resultados mais baixos ao nível do 3º ciclo. Estes resultados podem explicar-se pelo facto de os idosos com um nível superior de escolaridade, não sentirem tanta necessidade de apoio, uma vez que também têm um nível cultural mais elevado. Por

outro lado, no caso dos idosos com menos escolaridade, o apoio é menor, o que pode ser explicado por uma rede informal com menos recursos e disponibilidades.

Atendendo às questões de investigação deste estudo, em relação às diferenças entre a qualidade de vida e as habilitações literárias, não foram encontrados estudos, no entanto os nossos resultados apontam para diferenças significativas entre os idosos que possuem o ensino superior e os que têm menos que o 9º ano. Neste sentido, os primeiros apresentam melhores níveis de qualidade de vida que os segundos, o que poderá ser explicado pelas maiores oportunidades e experiências que têm ao longo da vida proporcionadas pelo nível mais elevado de formação.

Também no estudo da qualidade de vida com os anos de institucionalização não existe literatura referente a estas variáveis, sendo que os nossos resultados apresentam uma relação negativa, isto é, à medida que os anos de institucionalização aumentam, a qualidade de vida diminui. Este resultado pode ser explicado pelo facto de estarem envolvidos nas mesmas experiências durante vários anos, não tendo oportunidade de realizar atividades diferentes daquelas proporcionadas pela instituição, o que pode levar a uma perceção de menor qualidade de vida.

No estudo do tamanho da rede de suporte social com os anos de institucionalização não existe literatura referente a estas variáveis, sendo que os nossos resultados apresentam uma relação negativa, isto é, à medida que os anos de institucionalização aumentam, a rede de suporte social diminui. Este resultado pode ser explicado pelo facto de estes idosos conviverem diariamente com as mesmas pessoas e também pela diminuição dos contactos com os seus familiares e vizinhos.

No sentido de perceber se o tipo de densidade e tamanho da rede de suporte social são preditores de melhor qualidade de vida, o estudo mostrou que apenas a variável do tamanho da rede explica significativamente a qualidade de vida, sendo que quanto maior for a rede de suporte social, melhor será a qualidade de vida. Estes resultados corroboram o que Carneiro, Falcone, Clark, Pretee, e Prette (2007) afirmam, que os idosos que mantêm uma rede de apoio social tendem a ser socialmente mais competentes, além de possuírem níveis mais elevados de qualidade de vida do que aqueles que interagem apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Também Bowling, Farquhar e Browne (1991) citado em Figueiredo, Lima e Sousa (2012) evidencia o efeito positivo das redes de suporte social no bem-estar subjetivo dos indivíduos, observando-se associações significativas entre as características estruturais e funcionais das redes e a qualidade de vida.

No âmbito dos resultados encontrados neste estudo, parece claro que devido à maior liberdade que os idosos não institucionalizados possuem, estes apresentam melhor qualidade de vida ao nível da intimidade, maior rede de suporte social e mais contactos com a família, sendo que os idosos institucionalizados apenas apresentam maior contacto com os técnicos. Este dado pode ser explicado pelo facto de estes idosos estarem diariamente na instituição, tendo poucos contactos com o exterior. Também é evidente que os idosos divorciados apresentam melhor qualidade de vida que os solteiros e que estes apresentam menor rede de suporte social que os viúvos. Para além disso, os idosos com maiores níveis de habilitações literárias apresentam melhor qualidade de vida e maior rede de suporte social. Também o facto de os idosos estarem há mais tempo na instituição, tem repercussões na qualidade de vida e rede de suporte social, sendo que à medida que os anos avançam, estas variáveis diminuem. Por fim e como seria esperado, uma maior rede de suporte social conduz a uma melhor qualidade de vida.

Conclusão

Ao longo deste estudo e através da revisão da literatura realizada é possível compreender que a qualidade de vida e a rede de suporte social são aspetos fundamentais que contribuem para o envelhecimento saudável do idoso. A qualidade de vida na velhice relaciona-se com a competência adaptativa nas dimensões emocional, cognitiva e comportamental (Pereira, Alvarez & Traebert, 2011) e a rede de suporte social é inerente ao ser humano, uma vez que este é integrante de grupos sociais que se modificam no tamanho, qualidade e quantidade, ao longo do ciclo de vida e conforme a vida decorre (Daniel, Ribeiro, & Guadalupe, 2011).

Com a análise estatística dos dados recolhidos encontramos resultados que corroboram com a revisão da literatura realizada, assim como outros que não são congruentes com a mesma, e também outros resultados ainda não encontrados na revisão da literatura. Desta forma, e relativamente à qualidade de vida, verificou-se que os idosos não institucionalizados apresentam maiores níveis de qualidade de vida, o que se pode dever à maior liberdade que os idosos não institucionalizados possuem, assim como com a possibilidade de interagirem mais frequentemente com as pessoas mais significativas para si. Relativamente ao estado civil dos idosos, os resultados apontam que os idosos divorciados apresentam melhor qualidade de vida que os solteiros. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os idosos divorciados terem tido a oportunidade de partilhar a sua vida com uma pessoa íntima, criando laços e ligações com mais pessoas,

comparativamente aos idosos solteiros. Atendendo às habilitações literárias dos idosos, os resultados demonstram que os idosos que possuem o Ensino Superior apresentam melhores níveis de qualidade de vida que os idosos que têm menos que o 9º ano, o que poderá ser explicado pelas maiores oportunidades e experiências que têm ao longo da vida, proporcionadas pelo nível mais elevado de formação. Em relação aos anos de institucionalização verificou-se que à medida que os anos de institucionalização aumentam, a qualidade de vida diminui, o que pode ser explicado pelo facto de os idosos estarem envolvidos nas mesmas experiências durante vários anos, não tendo oportunidade de realizar atividades diferentes daquelas proporcionadas pela instituição, levando a uma percepção de menor qualidade de vida.

Relativamente à rede de suporte social, os idosos não institucionalizados apresentam mais relações no campo da família e o outro grupo de idosos apresenta maiores relacionamentos no campo dos técnicos. Estes resultados podem dever-se ao facto de, no caso dos idosos institucionalizados, a família delegar na instituição o cuidado ao idoso, enquanto nos idosos não institucionalizados é a própria família a assumir esse cuidado. Desta forma, percebe-se que os idosos institucionalizados apresentam maiores contactos com os técnicos da instituição do que os idosos não institucionalizados. Atendendo ao estado civil dos idosos, os idosos viúvos apresentam um maior número pessoas na rede de suporte social do que os idosos solteiros, o que pode ser explicado pelo facto de os idosos viúvos, ao longo da sua vida, terem tido a oportunidade de criar laços com pessoas significativas para o seu cônjuge, aumentando assim a sua rede de suporte social. Relativamente às habilitações literárias, os resultados encontrados demonstram que os idosos com maiores níveis de escolaridade apresentam maior rede de suporte social, o que se pode explicar pelo facto de os idosos com um nível superior de escolaridade, não sentirem tanta necessidade de apoio, uma vez que também têm um nível cultural mais elevado. Por outro lado, no caso dos idosos com menos escolaridade, o apoio é menor, o que pode ser explicado por uma rede informal com menos recursos e disponibilidades. Atendendo aos anos de institucionalização, verificou-se que à medida que os anos de institucionalização aumentam, a rede de suporte social diminui, o que se pode dever ao facto de os idosos institucionalizados conviverem diariamente com as mesmas pessoas e também pela diminuição dos contactos com os seus familiares e vizinhos.

Atendendo à relação entre os dois constructos principais deste estudo, os resultados mostraram que quanto maior é a rede de suporte social, melhor é a qualidade de vida.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que os idosos que mantêm uma rede de apoio social tendem a ser socialmente mais competentes, além de possuírem níveis mais elevados de qualidade de vida do que aqueles que interagem apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos, evidenciando-se o efeito positivo das redes de suporte social no bem-estar subjetivo dos indivíduos. Neste sentido e de forma genérica, percebe-se que os idosos não institucionalizados apresentam melhor qualidade de vida em geral assim como maior rede de suporte social e contactos mais frequentes com a família. Salienta-se também que uma maior rede de suporte social conduz a uma qualidade de vida mais elevada.

Estes resultados têm implicações na prática psicológica, uma vez que a investigação confirmou que a qualidade de vida para cada pessoa é diferente e variável entre os idosos, dependente da sua realidade, da sua forma de encarar a vida e do contexto onde está inserido. Este estudo reflete e aponta para a necessidade de uma maior valorização da sociedade na atenção ao atendimento da pessoa idosa, assim como priorizar a formação e capacitação dos profissionais que atuam nesta área. Neste sentido, é preciso invocar uma nova consciência sobre o envelhecimento, que procure quebrar mitos, destruir estereótipos, e que crie novas formas de viver, atendendo aos idosos não como dependentes e incapacitados, mas promovendo a sua educação/formação. Assim, torna-se indispensável a adoção de medidas políticas e sociais que visem a eliminação dos estereótipos ainda vigentes na sociedade em relação à idade idosa, que privilegiem a sabedoria do idoso e a sua experiência de vida passada, e fomentem a sua participação cívica e política, como forma de se sentirem úteis e ativos.

O presente estudo apresenta como limitações o número total da amostra, que sendo relativamente reduzido não permite a generalização dos resultados. Adicionalmente, também seria relevante a introdução de outras variáveis no estudo como o tipo de instituição, com a finalidade de perceber o impacto desta variável nestes grupos. Contudo, devido às dificuldades burocráticas e constrangimentos de tempo, não foi possível realizar o levantamento de dados em várias instituições.

Neste sentido, sugere-se que em estudos futuros se analisem os aspetos referentes às instituições para perceber a sua influência nestas variáveis, para uma melhor prevenção e intervenção desta problemática. Também será essencial, complementar esta componente quantitativa, com uma parte mais qualitativa, mais centrada no sujeito, com o objetivo de se um conhecimento mais completo relativamente à problemática em estudo.

Saliento que, este estudo constituiu para mim uma experiência enriquecedora, não só pelo tema escolhido, mas também pelo contacto que me permitiu com esta população, o qual foi bastante gratificante. Como tal, espero com este trabalho ter fornecido algum conhecimento adicional acerca dos aspetos inerentes à vivência dos idosos podendo, deste modo, contribuir para a melhoria do seu bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. J. P. S., & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(6), 1025-1031.
- Antunes, R., Sequeira, J., & Alarcão, M. (2011). Personal social network and perceived life quality in teenagers. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 335-346.
- Caldas, C. & Veras, R. (2007). Promovendo a saúde do idoso na comunidade. *Biblioteca Lascasas*, 3(4).
- Cancela, D. (2008). *O processo de envelhecimento*. Acesso em 14 de Maio de 2016, em Portal dos Psicólogos <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., Prett, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interações*, (17), 65-74.
- Daniel, F., Ribeiro, A. M., & Guadalupe, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In A.D. Carvalho (coord.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (pp.73-85). Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, I., & Rodrigues, V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (coord). *Manual de Gerontologia- Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp. 179-189). Lisboa: Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde, (s.d.). *Envelhecimento saudável*. Ministério da saúde.
- 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 Universidade de São Paulo*, 45(6), 1343-1349.

- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças, 13*(1), 117-129.
- Ferreira, F. (2011). *As atividades ocupacionais, o isolamento e a depressão no idoso institucionalizado* (dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública, 37* (6), 793-799.
- Fleck, M. P., Souza, J. C. R. P., & Barros, N. H. S. (2008). A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30* (1), 89-90.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos, 124*-131.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (pp. 19-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico* (dissertação de doutoramento). Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Guadalupe, S. (2012). *Instrumento de análise da rede social pessoal* (manual para o utilizador).
- Guzmán, M. J., Huenchuan, S., & Oca, V. M. (2003). Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. *51 Congreso Internacional de Americanistas*. Acesso em 30 de Maio de 2016, em http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf.

- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592.
- Khoury, H. T. T., & Sá-Neves, A. C. (2014). Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 553-565.
- Lima, D. L., Lima, M. A. V. D., & Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(3), 346-356.
- Lopes, D. M. S. (2012). *Solidão e Bem-estar Subjetivo na Terceira Idade: Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados* (dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Marques, F., Correia, F., Pires, R., & Pereira, P. A. (2010). Apoio social em idosos institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 17, 99-121.
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 31, 128-134.
- Nardi, T., Rigo, J. C., Brito, M., Santos, E. L. M., & Bós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 511-519.
- Novo, R. (2000). *Para Além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada* (dissertação de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P., & Alchieri, J. C. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Revista Acta Scientiarum-Health Sciences*, 32(2).

- Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M., & Traebert, J. L. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 85-95.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pires, M. J. G. G. (2009). *Factores de risco da doença coronária e qualidade de vida: “estudo exploratório no concelho de Odivelas”* (dissertação de mestrado). Universidade Aberta, Portugal.
- Sampaio, A. C. L. (2007). *Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos* (dissertação de mestrado). Universidade do Porto- Faculdade de Desporto, Portugal.
- Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente. In C. Paúl, & A. Fonseca. *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, V. (2009). *Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC-ESTREITO* (dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina- Departamento de Serviço Social, Brasil.
- Silva, J. M. (2014). *Perfis de redes sociais pessoais de idosos com e sem apoio de respostas sociais: Um contributo para o desenvolvimento de tipologias no Diagnóstico Social* (dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.
- Siqueira, A. C., Betts, M. K., & Dell’Aglia, D. D. (2006). Redes de apoio social e afectivo de adolescentes institucionalizados. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 149-158.
- Teixeira, V. R. L. (2011). *As Redes Sociais Pessoais de crianças e jovens em acolhimento residencial- o papel das fraternias* (dissertação de mestrado). Universidade do Minho- Escola de Psicologia, Portugal.

- Valle, J. F., García, A. G. (1994). Redes de Apoyo Social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1), 39-47.
- Vilar, M. M. P. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa* (dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2015). *WHOQOL-OLD- Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde* (manual técnico). Universidade de Coimbra- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., & Vianna, L. A. C. (2013). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 3-11.
- Yokoyama, C. E., Carvalho, R. S., & Vizzotto, M. M. (2006). Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *Psicólogo informação*, 10(10), 57-82.
- Zumalde, E. C. (1994). Apoyo social y ancianos en residencias. *Zerbitzuan*, 25, 71-76.

ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário tem como objetivo principal fazer o levantamento de alguns aspetos relevantes sobre si. Faz parte de uma investigação sobre a qualidade de vida e a rede de suporte social entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, realizada no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Deve ser preenchido com rigor e honestidade, juntamente com os instrumentos que se seguem. Os dados que fornecer são confidenciais e anónimos e por isso não deve escrever o seu nome em nenhum lugar.

Muito obrigada pela sua colaboração!

1. **Idade:** _____

2. **Género:** Masculino Feminino

3. **Estado civil:** _____

4. **Habilitações literárias:**

Mestrado/Doutoramento 9º ano ou equivalente

Ensino Superior Menos que o 9º ano

12º ano ou equivalente

(Se institucionalizado)

5. **Número de anos de institucionalização:** _____

ANEXO II

I A R S P Nº	ELEMENTOS DA REDE	VÍNCULO (TIPO DE RELAÇÃO)	SEXO	IDADE	DURABILIDADE	FREQUÊNCIA DE CONTACTOS	RESIDÊNCIA (DISPERSÃO)	APOIO EMOCIONAL	APOIO MATERIAL E INSTRUMENTAL	APOIO INFORMATIVO	COMPANHIA SOCIAL	ACESSO A NOVOS CONTACTOS
		<p>Refira o nome das pessoas com que se relaciona, são significativas na sua vida e o/a apoiam.</p> <p>Use o tipo de identificação que desejar (1º nome, alcunha ou iniciais)</p>	<p>Refira o vínculo que a pessoa tem consigo.</p> <p>Na família especifique o parentesco (mãe, pai, filho, cônjuge, irmão, tio, etc...).</p> <p>Os técnicos podem ser um médico, um psicólogo, um assistente social, etc.</p>	<p>Refira o sexo de cada elemento</p> <p>M- Masculino</p> <p>F- Feminino</p>	<p>Refira a idade aproximada de cada elemento</p> <p>(ou use a faixa etária: ≥65, 18-64, <18)</p>	<p>Refira há quanto tempo conhece ou mantém um relacionamento com cada elemento</p>	<p>Use os números:</p> <p>1-Diariamente</p> <p>2-Algumas vezes por semana</p> <p>3-Semanalmente</p> <p>4-Algumas vezes por mês</p> <p>5-Algumas vezes por ano</p>	<p>Vive:</p> <p>1-Na mesma casa</p> <p>2-No mesmo bairro/rua</p> <p>3-Na mesma terra</p> <p>4-Até 50Km</p> <p>5-A mais de 50km</p>	<p>Estima-o(a), dá-lhe afecto e carinho num clima de simpatia e compreensão.</p>	<p>Ajuda-o(a) nas coisas do dia-a-dia,</p> <p>Empresta-lhe dinheiro ou bem em caso de necessidade.</p>	<p>Dá-lhe informações úteis.</p> <p>Esclarece-o(a). Diz-lhe onde deve recorrer.</p>	<p>Faz-lhe companhia.</p>
		<input type="checkbox"/> Família _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Rel. trabalho/estudo <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> Família _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Rel. trabalho/estudo <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> Família _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Rel. trabalho/estudo <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Nível de apoio ou ajuda percebida: 1. nenhum; 2. algum; 3. muito

RECIPROCIDADE DE APOIO

Pensando no apoio que dá a estas pessoas que referiu, pode afirmar que:

- Dá apoio à maior parte destas pessoas
- Dá a apoio a algumas destas pessoas
- Dá apoio a poucas destas pessoas
- Não dá apoio a nenhuma destas pessoas

MUDANÇA PERCEBIDA NO TAMANHO DA REDE COM A APOSENTAÇÃO

Se está aposentado. Pensando nas pessoas que têm sido significativas na sua vida, considera que, desde que se aposentou o **número de pessoas com que se relaciona:**

- é muito menor do que antes
- é menor do que antes
- é aproximadamente o mesmo
- é maior do que antes
- é muito maior do que antes

PERDAS

Nos últimos anos perdeu alguém importante para si, que colocaria na rede?

- sim
- não

Quem? _____

Motivo: _____

CORTES RELACIONAIS

Ao longo da sua vida, cortou relações com pessoas importantes para si (familiares e amigos, p.ex.)?

- sim
- não

Com quem? _____

Motivo: _____

TEM CUIDADOR?

(alguém que cuida de si e o/a acompanha de perto)

Assinale na rede quem é o/a seu cuidador(a):

Informal – nº _____

Formal (pago/instituição) – nº _____

QUEM CONHECE QUEM

(DENSIDADE)

Todas as pessoas da sua rede se relacionam entre si e se reconheceriam mutuamente caso se encontrassem na rua?

- sim
- não

Se não, refira quem não conhece quem:

ANEXO III

WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou “Muito” com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou “Nada” com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma *muito acentuada*, escolha o número correspondente a "Muitíssimo" ⑤. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Muitíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou** ou **conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito”.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu.

Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Muito Mau-Muito Bom”

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?				
Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”.

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Nada-Completamente”.

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito”.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala “Nada-Muitíssimo”.

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

ANEXO IV

Mestrado em Psicologia da Educação



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Exmo/a. Diretor/a,

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia da Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a desenvolver um estudo empírico com o objetivo de comparar a qualidade de vida e rede de suporte social em idosos institucionalizados e não institucionalizados, orientado pela Prof.^a Doutora Ângela Azevedo.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação de três instrumentos a alguns idosos que se encontram nesta instituição, o que implicará a disponibilidade dos referidos idosos para uma sessão de cerca de 30 minutos, que terá lugar nesta instituição.

Para colaborar nesta investigação, os participantes terão de responder, de forma oral e em entrevista individual, a três questionários, sendo eles:

1. Um Questionário Sociodemográfico com o objetivo de recolher algumas informações necessárias para estudo;
2. Para a avaliação da qualidade de vida segundo a perspetiva dos idosos, será utilizado o World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 1999 e adaptado à população portuguesa por Simões e Vilar (2015);
3. O Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP) de Alarcão, Abreu, e Sousa (2007) para analisar as redes sociais pessoais.

Para participar, os idosos têm de ter idades entre os 70 e 80 anos e possuírem condições para participar na investigação.

Este trabalho é realizado com fins estritamente académicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos.

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração para a concretização deste estudo.

A Aluna,

(Cláudia Faria)

A orientadora,

(Ângela Azevedo)

ANEXO V

Mestrado em Psicologia da Educação



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Caro/a Senhor/a,

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia da Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais – Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a desenvolver um estudo empírico com o objetivo de comparar a qualidade de vida e rede de suporte social em idosos institucionalizados e não institucionalizados, orientado pela Prof.^a Doutora Ângela Azevedo.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação de três instrumentos, de forma oral e em entrevista individual, o que implicará a sua disponibilidade para cerca de 45 minutos. O primeiro instrumento é um Questionário Sociodemográfico com o objetivo de recolher algumas informações necessárias para estudo. Para a avaliação da qualidade de vida segundo a perspetiva dos idosos, será utilizado o World Health Organization Quality of Life Questionnaire-OLD (WHOQOL-OLD), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 1999 e adaptado à população portuguesa por Simões e Vilar em 2015. E por fim, para analisar as redes sociais pessoais será utilizado o Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal (IARSP) de Alarcão, Abreu, e Sousa (2007).

Este trabalho é realizado com fins estritamente académicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos.

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração para a concretização deste estudo.

A Aluna,

(Cláudia Faria)

A orientadora,

(Ângela Azevedo)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento sobre os objetivos do estudo a levar a cabo pela aluna do Mestrado em Psicologia da Educação da UCP, e disponibilizo-me para colaborar com a mesma.

Assinatura,

Data: __ / __ / __
