



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A Satisfação com o Suporte Social em Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados

Rita Vanessa Alexandre Salvador

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Paula Carvalho

Covilhã, Outubro de 2015

Dedicatória

Dedico esta investigação a toda a minha família pelo apoio incondicional e por me terem proporcionado chegar a esta etapa. Também aos profissionais de saúde, que diariamente, lidam com pessoas que possuem algum tipo de perturbação psiquiátrica com o objetivo de minimizar o impacto da sua doença.

“O único lugar onde o sucesso vem antes do trabalho é no dicionário.”

Albert Einstein

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Carvalho, agradeço a sua dedicação, empenho e as suas palavras sábias ao longo deste percurso. Bem-haja pelo seu rigor, profissionalismo e por toda a confiança que depositou em mim, mesmo nos momentos mais difíceis.

Agradeço igualmente a todos os professores da Universidade da Beira Interior que me acompanharam ao longo destes anos de formação e me forneceram as bases necessárias para uma boa prática.

O agradecimento mais especial destina-se à minha mãe e ao meu pai por me possibilitarem esta formação académica e por acreditarem desde sempre no meu sucesso. Pelas palavras de incentivo e de motivação nos momentos menos bons. Pelos valores transmitidos e sentido de responsabilidade. Um enorme bem-haja!

À minha irmã, agradeço o seu apoio incondicional, a força transmitida, as palavras de conforto e o facto de estar sempre presente.

Ao André, por todo o amor, pela amizade, pelo suporte e por nunca permitires que eu desista. Obrigada pela tua paciência e dedicação e sobretudo pela pessoa que és e que significas para mim!

A ti Catarina, pela nossa amizade que nasceu na Covilhã, por me teres acompanhado neste percurso de cinco anos e por ter tido a possibilidade de estar mais próxima de ti durante a execução desta investigação. Obrigada por todos os momentos que passámos juntas que se juntarão a muitos outros que estão por vir!

A ti Nanda, agradeço a tua amizade, as nossas conversas e principalmente as tuas palavras de conforto. Um enorme bem-haja!

A todos os meus amigos que me acompanharam nesta caminhada, agradeço a amizade, a paciência e o seu apoio. Obrigada por acreditarem que um dia chegaria aqui!

À Doutora Carla Costa, agradeço toda a sua experiência transmitida, a sua amizade e o seu acompanhamento durante esta fase crucial de término do mestrado. Bem-haja pelo seu auxílio sempre que foi necessário!

Aos meus tios e primos e avó (paterna) que sempre estiveram presentes neste percurso, e que de alguma forma, contribuíram para o meu bem-estar e me ajudaram a ultrapassar alguns desafios.

Aos meus avós maternos e avô paterno (*in memoriam*) por me terem proporcionado uma boa infância, pelo seu carinho e por me terem possibilitado ter os melhores pais de sempre!

À Casa de Saúde Bento Menni, à Casa de Saúde Bom Jesus e à Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, tanto aos seus profissionais como aos utentes um enorme agradecimento pela colaboração nesta investigação.

E a todos os que, de alguma forma estiveram presentes neste caminho e que não mencionei, por esquecimento, aqui fica o meu agradecimento.

Um enorme bem-haja a todos!

Resumo

A literatura tem vindo a revelar que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades vigentes. O efeito devastador da doença mental pode gerar nos indivíduos a necessidade de suporte social, solidariedade e cuidados. O suporte social é considerado uma variável capaz de proteger e promover a saúde e desempenha um papel positivo na recuperação de doenças. Assim, torna-se fundamental identificar fatores que melhorem a satisfação com o suporte social para posterior desenvolvimento de estratégias de intervenção que contribuam para melhorar as condições de institucionalização durante o processo de reabilitação.

Os objetivos deste estudo consistem em: (1) avaliar a satisfação com o suporte social numa amostra com doentes mentais crónicos institucionalizados; (2) identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e socio relacionais que influenciem a satisfação com o suporte social; e (3) explorar a influência de variáveis preditoras que contribuem para explicar a perceção de suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados.

Como instrumentos, neste estudo exploratório utilizou-se um Questionário Sociodemográfico e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) a 60 participantes do sexo feminino com Esquizofrenia e Perturbação Bipolar institucionalizados, com idades compreendidas entre os 31 e os 65 anos ($M = 50.47$; $DP = 9.142$). Esta amostra foi recolhida na Casa de Saúde Bom Jesus, na Casa de Saúde Bento Menni e na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Os resultados evidenciam a existência de uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a variável clínica perceção do estado de saúde ($r = 0.269$, $p < 0.05$), e entre a satisfação com o suporte social e as variáveis socio relacionais satisfação com a comunidade ($r = 0.441$, $p < 0.01$) e perceção de felicidade ($r = 0.349$, $p < 0.01$). Também se constatou que a satisfação com a comunidade e a perceção de felicidade são fatores preditores para a satisfação com o suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados.

Conclui-se, deste estudo, que a perceção de suporte social é fundamental para minimizar estados emocionais negativos e que é necessário desenvolver programas de intervenção e reabilitação, de forma a que os doentes se sintam integrados numa determinada rede social, bem como na comunidade contribuindo consequentemente para aumentar a eficácia das intervenções terapêuticas.

Palavras-chave

Satisfação com o Suporte Social; Doença Mental; Reabilitação Psicossocial; Institucionalizados

Abstract

Literature bears witness that psychiatric disorders and mental health problems have become the leading disability cause and a major morbidity cause in nowadays society. The devastating effect of mental illness can generate on individuals the need for social support, solidarity and care. Social support is regarded as a variable capable of protecting and promoting health and it plays a positive role in illness recovery. Thus, it becomes essential to identify factors that improve satisfaction with social support, for further intervention strategies development which contribute to improving the institutionalization conditions during the rehabilitation process.

This study aims to: (1) evaluate the satisfaction with social support in a sample of institutionalized chronically mentally ill (individuals); (2) identify sociodemographic, clinical and socio-relational determinants that influence satisfaction with social support; (3) explore the influence of predictive variables that help to explain the perception of social support in institutionalized chronically mentally ill.

As instruments in this exploratory study, it was used a Sociodemographic Questionnaire and the Scale of Satisfaction with Social Support (Pais-Ribeiro, 1999) to 60 institutionalized female participants with Schizophrenia and Bipolar Disorder, with ages between 31 and 65 years old ($M = 50.47$, $SD = 9.142$). This sample was collected in the Casa de Saúde Bom Jesus, Casa de Saúde Bento Menni and Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

Results show the existence of a moderated and statistically significant correlation between satisfaction with social support and the clinical variable perception of health status ($r = 0.269$, $p < 0.05$), and between satisfaction with social support and socio-relational variables satisfaction with the community ($r = 0.441$, $p < 0.01$) and perception of happiness ($r = 0.349$, $p < 0.01$). It was also observed that satisfaction with the community and perception of happiness are predictors of satisfaction with social support in institutionalized chronically mentally ill.

It is concluded from this study that the perception of social support is critical to minimize negative emotional states and it is necessary to develop intervention and rehabilitation programs, so that patients feel integrated in a particular social network, as well as in the community, consequently contributing to increase the efficacy of therapeutic interventions.

Keywords

Satisfaction with Social Support; Mental Illness; Psychosocial Rehabilitation; Institutionalized

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	5
Capítulo 1. Saúde/Doença Mental e Reabilitação Psicossocial	5
1. Saúde e Doença: Conceitos	5
1.1. Doença Mental	7
1.2. Alguns Dados sobre a Saúde Mental dos Portugueses	8
2. Da Institucionalização para a Reabilitação - Políticas de Saúde Mental	10
Capítulo 2. Doenças Mentais Crónicas	15
A. Esquizofrenia	15
1. Sinais e Sintomas	15
2. Prevalência	16
3. Desenvolvimento e Curso	17
4. Consequências Funcionais da Esquizofrenia	19
B. Perturbação Bipolar	20
1. Sinais e Sintomas	20
2. Prevalência	22
3. Desenvolvimento e Curso	23
4. Consequências Funcionais da Perturbação Bipolar	24
Capítulo 3. Suporte Social	27
1. Definição de Suporte Social	27
2. Tipos e Fontes de Suporte Social	29
3. Componentes, Aspetos e Dimensões do Suporte Social	30
4. Suporte Social, Saúde e Doenças	32
4.1. Efeitos do Suporte Social na Saúde	33
4.2. Suporte Social em Doentes Mentais Crónicos	35
II. Metodologia	39
1. Fundamentação e Objetivos do Estudo	39
2. Desenho do Estudo	40
3. Amostra	40
3.1. Seleção	40
3.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	40
3.3. Caracterização	41
4. Instrumentos	44
4.1. Questionário Sociodemográfico	44
4.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	44
5. Procedimentos	46
5.1. Aspetos Éticos	46

5.2. Procedimento de Recolha de Dados	47
5.3. Procedimento de Tratamento de Dados	47
III. Resultados	51
1. Satisfação com o Suporte Social	51
2. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e a Satisfação com o Suporte Social	52
3. Relação entre as Variáveis Clínicas e a Satisfação com o Suporte Social	53
4. Relação entre as Variáveis Socio Relacionais e a Satisfação com o Suporte Social	54
5. Preditores da Satisfação com o Suporte Social	57
IV. Discussão	61
V. Limitações e Contributos para a Prática Assistencial e para a Investigação	67
Conclusões	71
Referências Bibliográficas	
Anexos	

Lista de Figuras

Figura 1. - Normalidade dos resíduos	58
Figura 2. - Homocedastecidade dos resíduos	58

Lista de Tabelas

Tabela 1. - Caraterísticas sociodemográficas, clínicas e socio relacionais da amostra	42
Tabela 2. - Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social através do <i>Alpha de Cronbach</i>	46
Tabela 3. - Teste da normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> para a Satisfação com o Suporte Social	51
Tabela 4. - Descrição da percepção de satisfação com o suporte social da amostra	51
Tabela 5. - Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas	52
Tabela 6. - Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis clínicas	53
Tabela 7. - Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis socio relacionais	55
Tabela 8. - Estudo da normalidade dos resíduos	57
Tabela 9. - Análise da multicolinearidade das variáveis independentes	59
Tabela 10. - Significância do Modelo de Regressão Linear Múltipla	59
Tabela 11. - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla	60
Tabela 12. - Modelo de Regressão Linear Múltipla	60

Lista de Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
ESSS	Escala De Satisfação com o Suporte Social
CNRSSM	Comissão Nacional para a Restruturação dos Serviços de Saúde Mental
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
CSBJ	Casa de Saúde Bom Jesus
CSBM	Casa de Saúde Bento Menni
CSRSI	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel

Introdução

A doença mental faz parte da vida do homem desde há vários séculos, sendo que, atualmente, os problemas de saúde mental representam uma grande preocupação nas várias formas pelas quais se vão expressando, desde sintomas psiquiátricos, a manifestações psicossomáticas, problemas de comportamento ou mesmo perturbações emocionais, constituindo assim um grave problema para a saúde pública.

Segundo informações do Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (2001) estudos epidemiológicos comprovaram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade na sociedade. Além disso, acrescenta ainda que cinco das dez causas comuns de incapacidade social e profissional estão relacionadas com problemas do foro psiquiátrico, cuja prevalência é de cerca de 30%, sendo que destes, 12% se referem a perturbações psiquiátricas graves.

Em consequência do elevado impacto a nível social das perturbações mentais, surgem as Instituições Particulares de Solidariedade Social que prosseguem fins de saúde mental e que têm vindo a criar alternativas de acolhimento para doentes mentais crónicos (Guterres, 2001). A legislação vigente em Portugal, relativamente às políticas de saúde mental, é concordante com os princípios recomendados pelos organismos internacionais, que demonstram uma grande preocupação com a organização dos serviços de saúde mental e com a defesa dos direitos das pessoas com doenças mentais. No entanto, a sua aplicação prática é ainda muito reduzida, verificando-se ainda alguma carência de respostas na comunidade para pessoas com doenças crónicas.

O suporte social é considerado uma variável capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008), sendo um dos principais objetos de estudo da Psicologia da Saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Paixão & Oliveira, 1996, cit in Rodrigues & Madeira, 2009).

De acordo com Rodin e Salovey (1989, cit in Pais-Ribeiro, 2011) o suporte social atenua o *distress* quando um indivíduo está numa situação de crise, pode inibir também o desenvolvimento de doenças, e quando este está perante determinada doença, o suporte social tem um papel positivo na sua recuperação. A ocorrência de uma doença mental grave e de longa duração ativa um conjunto de respostas nas pessoas da sua rede social, particularmente as do seu ambiente familiar (Colvero, Ide, Rolim, 2004), daí a importância. Assim, torna-se pertinente o estudo do suporte social durante este processo, particularmente com a população portadora de doença mental crónica, dado que em Portugal existe uma carência de respostas adequadas para pessoas com doença psiquiátrica grave (Guterres & Frasquilho, 2004).

Esta temática, é atualmente, de grande relevância tanto para a saúde como para as doenças, no entanto permanece a discussão acerca do que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, Cassel & Gore, 1977, cit in Pais-Ribeiro, 2011;

Taylor, 1990, cit in Pais-Ribeiro, 2011): a investigação refere-se a aspetos objetivos do social, como o número de amigos, frequência de contactos e sua intensidade, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais e também menciona aspetos subjetivos, como a perceção do indivíduo acerca da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida.

A esquizofrenia e a perturbação bipolar são doenças mentais crónicas que afetam o funcionamento social, pelo que em diferentes etapas pode haver uma inibição da capacidade dos indivíduos para estabelecer interações significativas com os outros. Assim, com o decorrer do tempo e devido ao estigma associado à doença mental grave, pode haver uma dificuldade no desenvolvimento e manutenção dos relacionamentos sociais. Portanto, um sistema de apoio social é fulcral para as pessoas portadoras de doença mental grave (Chernomas & Clarke, 2003). Além disso, ambas as perturbações estão associadas a um pobre *insight*, conduzindo a uma pior evolução clínica e funcionamento a vários níveis (Braw et al., 2012; Mohamed et al., 2009).

Assim, surge a necessidade de perceber melhor como as pessoas com doenças mentais crónicas percecionam o seu suporte social, uma vez que tais patologias têm um elevado impacto neste domínio. De mencionar também a escassa investigação e publicações, em Portugal que explorem esta temática em populações com doenças mentais graves.

Este estudo integra um estudo mais alargado onde, para além da satisfação com suporte social se investiga a qualidade de vida em doentes mentais crónicos institucionalizados.

O objetivo fulcral desta investigação é avaliar a satisfação com o suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados em unidades de longa duração nos estabelecimentos de saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, particularmente, na Casa de Saúde Bom Jesus (Braga), na Casa de Saúde Bento Menni (Guarda) e na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova).

Para a concretização deste estudo aplicaram-se dois instrumentos na recolha de dados, designadamente um Questionário Sociodemográfico e a Escala de Satisfação com o Suporte social (ESSS), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1999).

Para uma melhor compreensão desta investigação este divide-se em cinco partes. A **primeira parte** contempla o Enquadramento Teórico desta dissertação, composto por três capítulos.

No capítulo 1 começamos por definir os conceitos de saúde e doença, descrevendo o que é a doença mental. São revelados alguns dados relativos à saúde mental e é realçada a importância do movimento da desinstitucionalização, efetuando um percurso desde a institucionalização à reabilitação abordando novas práticas e respostas no âmbito da reabilitação psicossocial.

Seguidamente, no capítulo 2 afunilamos para duas perturbações psiquiátricas consideradas doenças mentais crónicas, nomeadamente a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar. Neste ponto, são descritos os seus sinais e sintomas caraterísticos; apresentamos a

prevalência, o desenvolvimento e curso da perturbação, bem como as consequências funcionais das mesmas.

O capítulo 3 e último capítulo desta primeira parte concerne à temática do suporte social. Neste ponto é feita uma breve contextualização da origem do suporte social. Em seguida definimos suporte social e distinguimos os tipos e fontes de suporte social, apresentando também as suas componentes e dimensões, de acordo com diferentes autores. É também feita uma revisão da relação entre suporte social e saúde/doenças e os efeitos do suporte social na saúde. Por fim, é feita uma abordagem ao suporte social em doentes mentais crónicos, de acordo com vários estudos neste âmbito.

Na **segunda parte** surge a descrição da metodologia utilizada, particularmente a fundamentação e objetivos do estudo, o desenho do estudo, a amostra (onde consta a seleção, os critérios de inclusão e exclusão e a sua caracterização), os instrumentos utilizados e os procedimentos (onde se inserem aspetos éticos, os procedimentos de recolha e, por fim os procedimentos de tratamento de dados).

Na **terceira parte** são apresentados os resultados, de acordo com os objetivos a que nos propusemos para esta investigação.

Na **quarta parte** é feita a discussão dos resultados obtidos com a integração de resultados de outros estudos.

A **quinta parte** e última desta investigação diz respeito às limitações e contributos para a prática assistencial e para a investigação.

Por fim, no final encontram-se as conclusões do estudo, onde constam os principais resultados e conclusões desta investigação.

I. Enquadramento Teórico

Capítulo 1. Saúde/Doença Mental e Reabilitação Psicossocial

Neste primeiro capítulo são contextualizadas as temáticas da saúde/doença mental e reabilitação psicossocial. Para uma melhor compreensão de saúde/doença mental inicialmente é feita a definição destes conceitos e uma revisão da evolução destes, mediante as alterações do contexto. Pela importância do conhecimento do estado atual da saúde mental dos portugueses, são apresentados alguns dados relativos à saúde mental em Portugal. Ainda neste sentido, consideramos fundamental abordar as novas práticas vigentes no âmbito da reabilitação psicossocial, tendo em conta as propostas atuais para uma redução da institucionalização das pessoas portadores de doenças mentais crónicas e para uma melhor integração social destas na comunidade.

1. Saúde e Doença: Conceitos

A definição de saúde não é linear, uma vez que o conceito suporta com ele um amplo e vasto conjunto de definições. O conceito de saúde não é estático, pois tem vindo a sofrer alterações no decorrer do tempo, refletindo também o contexto histórico e a diversidade cultural (Ramos, 2004, cit in Lopes, 2011; Pais-Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 definia saúde como sendo um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade (Pais-Ribeiro, 2007). Em 1986, acrescentou à sua definição a capacidade dos indivíduos realizarem as suas aspirações, bem como de satisfazerem as suas necessidades, tendo autonomia para alterar ou lidar com o meio envolvente, sendo assim a saúde um recurso e uma dimensão da qualidade de vida ao invés de um objetivo de vida (Ramos, 2004, cit in Lopes, 2011).

A evolução do conceito de saúde descreve-se por vários períodos. O período pré-cartesiano (até ao século XVII), abarca todas as concepções de saúde. O período pré-científico foca-se na perspetiva da cultura ocidental, onde o ser humano era comparado a uma máquina, em que a cura da doença correspondia à reparação da máquina (Pais-Ribeiro, 2007).

O modelo biomédico foi fundamental para a evolução da medicina, pois veio dar resposta às grandes questões da sociedade. A teoria do germe possibilitou grandes progressos na investigação de doenças, pois este modelo procura o organismo patogénico específico relacionado com uma doença específica (Pais-Ribeiro, 2007).

A primeira revolução da saúde consistiu na execução do modelo biomédico para a prevenção das doenças, que levou ao desenvolvimento de medidas de saúde pública. Já a

segunda revolução da saúde centrou-se na mudança do foco da atenção e da intervenção das doenças para a promoção da saúde. Deste modo, o modelo biomédico focou-se na doença, a primeira revolução da saúde centrou-se na prevenção de doenças e a segunda revolução de saúde destacou a saúde. A terceira revolução da saúde emergiu para dar resposta às necessidades e a problemas decorrentes da segunda revolução. Ao longo do desenvolvimento do conceito de saúde os indivíduos foram adquirindo responsabilidade na sua saúde, passando assim a ser elementos ativos e decisivos no decorrer de todo o processo (Pais-Ribeiro, 2007).

Saúde mental é o termo utilizado para descrever o nível de qualidade de vida em termos cognitivos ou emocionais da pessoa ou ainda ausência de doença mental. Numa perspetiva holística, este termo abarca a capacidade que o indivíduo possui para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços de forma a alcançar a resiliência. Ou seja, tornar resistentes as pessoas perante determinadas experiências traumáticas ou doenças psíquicas (Sá, 2010).

Segundo a OMS (2001) por uma perspetiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. No entanto, é consensual o facto de a saúde mental ser algo mais do que a ausência de perturbações mentais (Sá, 2010). O conceito de saúde mental inclui conceitos como bem-estar subjetivo, autonomia, competência, dependência intergeracional e reconhecimento da capacidade de se autorrealizar a nível intelectual e emocional (OMS, 2004). Este conceito também tem vindo a ser definido como um estado de bem-estar no qual os indivíduos reconhecem as suas capacidades e são capazes de fazer frente ao *stress* habitual da vida, trabalhar de modo produtivo e frutífero e contribuir para as comunidades que integram (OMS, 2004).

Desta forma, a manutenção da saúde mental compõe uma parte essencial da saúde na sua globalidade, possibilitando ao indivíduo o aproveitamento das suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de adversidades, a produção no trabalho e a contribuição para ações na sociedade (Souza, Baptista & Alves, 2008). Teixeira (2005, cit in Lopes, 2011) acrescenta que o conceito de saúde é um estado positivo de bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual. Assim, é uma construção multifatorial onde a idade, o género, os fatores hereditários, o estilo de vida, as influências sociais, as condições habitacionais e profissionais e as socioeconómicas, culturais e ambientais são fulcrais. Portanto, é possível afirmar que o conceito de saúde é um conceito multifacetado e de complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010).

De acordo com Ponde e Caroso (2003), o lazer é um fator promotor da saúde mental. No entanto, é necessário ter em atenção os fatores de risco e de proteção da saúde mental, tendo em conta as diferentes culturas. Os fatores culturais são importantes, tal como a dualidade dos efeitos do lazer, que tanto pode ser fator de proteção como de risco para a saúde mental, dependendo do contexto sociocultural da prática de atividades recreativas.

No âmbito da saúde mental é necessário ter em conta os seus determinantes sociais e económicos no sentido de nortear intervenções a este nível, contribuindo para a melhoria das circunstâncias nas quais as pessoas passam ao longo do seu ciclo vital. Deste modo, pretende-se a promoção de estilos de vida saudáveis, redução de fatores de risco para as perturbações mentais e comportamentais, como por exemplo ambientes familiares desajustados, situações de pobreza e abuso e injustiças sociais (Alves & Rodrigues, 2010).

Violante (2012) acrescenta que a saúde mental, não diz respeito somente a características e condições interpessoais, mas constitui-se na relação do indivíduo com o seu meio envolvente. Desta forma, a família, os amigos, o trabalho e a comunidade, integram os contextos da sua vida, podendo agir como facilitadores ou como obstáculos à saúde mental.

1.1. Doença Mental

Com o decorrer do tempo, a doença mental foi sendo melhor explicada. Primeiramente, era desconhecida a causa de uma doença tão estigmatizante. Apenas era percebida pelos comportamentos desadequados, ou não aceites pela sociedade, dos indivíduos portadores de doença mental. Assim, ao não ser entendida, pela comunidade, como uma doença, teve como consequência a exclusão social destes indivíduos, traduzida no isolamento dos doentes (Spadini & Souza, 2006; Saraiva, 2014). Atualmente, sabe-se que a doença mental, explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais, precisa de assistência adequada, de forma a reinserir o doente na sociedade, bem como prestar-lhe apoio social (Spadini & Souza, 2006). Além disso, a etiologia das doenças mentais é, na maioria dos casos multifatorial, sendo que os fatores ambientais desempenham um papel primordial no aparecimento da doença (Matos, Bragança & Sousa, 2003).

De acordo com a APA (2014), uma doença mental é “caraterizada por uma perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.” (p.22). De salientar também que as doenças mentais têm um impacto significativo na vida da pessoa, causando mal-estar ou défice social, ocupacional ou noutras atividades significativas.

Assim, pessoas com doença mental grave vivenciam situações *stressoras*, como por exemplo ter de gerir a sua doença, (e.g. recorrer aos serviços de saúde, o isolamento social e o estigma social), sendo que estas são uma barreira ao funcionamento social ou participação social, elevando o risco de morbilidade e mortalidade (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001; Madianos, 2010; Narrow et al., 2000). Desta forma, o suporte social tem sido evidenciado como mediador do efeito negativo do *stress* (Chronister, Chou & Liao, 2013) e um fator fundamental nos programas de reabilitação e de apoio social que envolvem os doentes (Bustillo et al., 2001).

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016 (CNRSSM, 2007), estudos epidemiológicos recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de

saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades vigentes. Além disso, das principais causas de incapacidade, cinco são perturbações do foro psiquiátrico. Desta forma, o efeito devastador da doença mental pode gerar nos indivíduos a necessidade de suporte social, solidariedade e cuidados, através de um sistema de atenção da saúde mental (Roura, 2009).

Neste sentido, torna-se necessária a adoção de estratégias preventivas como a prevenção primária, secundária e terciária. Na prevenção primária poderão realizar-se três tipos de ações, mediante a atenção à população em geral, fazendo o rastreio de pequenos grupos de risco ou aplicando um programa em pessoas de elevado risco. Assim, pretende-se diminuir a incidência das doenças mentais. Na prevenção secundária é dada preferência às intervenções que visam diminuir a prevalência de determinadas doenças mentais, sendo a deteção precoce fundamental. Na prevenção terciária pretende-se atenuar as incapacidades, reabilitar e prevenir recaídas, ou seja, destacam-se os programas de reabilitação (Saraiva, 2014). A psicoeducação tem sido uma estratégia de relevo dentro da prevenção secundária e terciária. Esta visa fornecer informações corretas ao doente acerca do seu quadro clínico e as suas implicações, particularmente acerca do reconhecimento dos sinais de alerta, aumentando a sua capacidade de *insight*. Neste sentido, também a família tem um papel preponderante na ativação de mecanismos de ajuda precoce. Uma psicoeducação eficaz permite reduzir as recorrências, os internamentos e as prejudiciais repercussões a nível familiar e social (Saraiva, 2014).

1.2. Alguns Dados sobre a Saúde Mental dos Portugueses

Os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal são reduzidos. Contudo, os dados existentes sugerem que Portugal não se afastará muito da prevalência encontrada em países europeus com características semelhantes, embora os grupos de risco como mulheres, pobres e idosos parecem apresentar um maior risco do que nos outros países da Europa (CNRSSM, 2007).

Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde, em 2005/2006, 27.6% da população residente em Portugal continental com 15 ou mais anos de idade estava em provável sofrimento psicológico, sendo a população do sexo feminino a mais afetada (36.8%) em comparação com a população do sexo masculino (17.6%). A frequência de indivíduos que em Portugal refere sofrer de ansiedade ou depressão é respetivamente de 4% e 7%. Pela análise dos dados destaca-se o possível aumento da frequência de sofrimento psicológico com a idade, dado que pessoas com idades acima dos 55 anos apresentam percentagens mais elevadas (Inquérito Nacional de Saúde, 2005/2006).

Rabasquinho e Pereira (2007), efetuaram um estudo epidemiológico com utentes do serviço de psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco), onde 3.5% da amostra tinha o diagnóstico de perturbação bipolar. Foram encontradas diferenças entre géneros, sendo que as mulheres apresentaram esta perturbação em 52.9% contra 47.1% dos homens. De mencionar também que são as mulheres

casadas que apresentam mais perturbações do humor. Ainda no âmbito das doenças mentais crónicas, o estudo verificou que 2.5% dos utentes estavam diagnosticados com esquizofrenia. Relativamente ao género, o estudo revelou que esta perturbação manifesta-se em igual percentagem em ambos os géneros.

Em 2010, no Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica foram revelados dados preocupantes. Nomeadamente, Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doença mental na população: um em cada cinco portugueses (23%) tinha sofrido no ano anterior de uma doença mental e 43% dos portugueses já tinham tido uma doença mental ao longo da vida (Caldas de Almeida, 2010).

Mais recentemente, o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental indica que as perturbações de ansiedade são o grupo de perturbações que apresenta uma prevalência mais elevada no nosso país (16.5%). Com uma prevalência mais reduzida encontram-se as perturbações depressivas com 7.9% e com valores muito inferiores encontram-se as perturbações de controlo de impulsos e perturbações pelo abuso de substâncias, respetivamente com 3.5% e 1.6% de prevalência, todas elas com valores mais próximos dos encontrados nos outros países europeus (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2014), em 2010 a esquizofrenia encontrou-se em 17º lugar no grupo de doenças que mais contribuem para os anos vividos com incapacidade em Portugal e as perturbações bipolar em 20º lugar, num total de 144 causas de incapacidade estudadas.

Correlacionando as variáveis demográficas com as perturbações psiquiátricas, os dados mostram que são as mulheres que têm mais risco de vir a sofrer de perturbações depressivas e os homens de perturbações do controlo dos impulsos e do consumo de substâncias. Os grupos com faixas etárias mais avançadas apresentam uma menor probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, de perturbações de ansiedade e de perturbações por utilização de substâncias (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Relativamente aos fatores sociodemográficos, conclui-se que as mulheres, os grupos de menor idade, e as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior frequência de perturbações psiquiátricas (Estudo Epidemiológico Nacional, cit in Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010).

A percentagem da utilização dos serviços devido a perturbações psiquiátricas é superior nas mulheres, tanto ao longo da vida (48.8%) como nos últimos 12 meses (18.8%), contrastando com a utilização dos serviços pelos homens ao longo da vida (27.6%) e nos últimos 12 meses (8.4%) (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Quanto ao consumo de psicofármacos, os dados mostram um padrão elevado de consumo nos últimos 12 meses, tanto de ansiolíticos (24.3% das mulheres e 9.8% dos homens), como de antidepressivos (13.2% das mulheres e 3.9% dos homens) na população em geral (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Em contrapartida, o número de pessoas com acesso a serviços de psiquiatria é reduzido e as respostas integradas para a doença mental são escassas, conclusão a que chega,

o estudo uma vez que demonstra que apenas 1.7% da população portuguesa com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços públicos especializados e 67% dos doentes estão sozinhos e nunca tiveram qualquer tratamento (Caldas de Almeida, 2010). Apesar da apresentação destes dados não é possível estabelecer de uma forma cientificamente rigorosa a associação entre as perturbações psiquiátricas na população portuguesa e os seus eventuais determinantes, incluindo aqui fatores sociodemográficos, económicos, comportamentais e de estilos de vida (CNRSSM, 2007).

Deste modo, refletindo a mudança de paradigma, da institucionalização à reabilitação e do hospital para a comunidade, foram introduzidas alterações no âmbito das políticas de saúde mental.

2. Da Institucionalização para a Reabilitação - Políticas de Saúde Mental

Há algum tempo atrás, a assistência à pessoa com doença mental centrava-se nos hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção se focava no internamento e na toma de medicação para os sintomas demonstrados pelo doente, excluindo-o de vínculos e interações com os outros (Afonso, 2010; Colvero et al., 2004; Hespanha & Hespanha, 2011). Com o movimento da desinstitucionalização psiquiátrica tornou-se possível a introdução de novos fármacos que operaram uma mudança no sistema de tratamento da doença mental (centrado na comunidade), onde se valorizam os fatores socioculturais na explicação da doença mental e se desenvolvem estratégias de compreensão e de intervenção focadas na comunidade (Silva & Alves, 2002). Assim, no modelo de atenção atual, a política assistencial sugere a criação de serviços alternativos de atenção à saúde mental desviando, assim, o seguimento e a evolução dos tratamentos para o foco das dinâmicas familiares, mobilizadas pela inclusão das pessoas com doença mental. Portanto, esta lógica de inclusão vê o doente para além do seu diagnóstico, compreendendo a sua doença como um fenómeno complexo, onde as dimensões psicossociais determinam o processo saúde-doença mental (Colvero et al., 2004; Hespanha & Hespanha, 2011).

Desta forma, com este movimento da desinstitucionalização, a população de doentes psiquiátricos internados tem vindo a decrescer significativamente. Em Portugal, a redução foi de 3984 doentes em 1970, para 2449 doentes internados em hospitais psiquiátricos em 1993 (Caldas de Almeida, 1996).

Atualmente, sabe-se que na rede de cuidados psiquiátricos, existe a necessidade de gerar estruturas que possam facilitar uma vasta gama de ofertas terapêuticas sem a necessidade de internamento e que se revelem fundamentais para uma integral reintegração socioprofissional dos doentes mentais (Afonso, 2010).

A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos e de evolução nas últimas décadas (CNRSSM, 2007). Em 1963 a Lei de Base da Saúde Mental (Lei n.º 2118 de 3 de Abril) estabelece os princípios gerais da política e regulamenta o tratamento

e internamento, definindo também os princípios orientadores para a descentralização dos serviços por meio da criação de centros de saúde mental de orientação comunitária (D-L n.º 46102/64 de 28 de Dezembro). Em termos formais, esta lei coloca Portugal entre os pioneiros do modelo de saúde mental comunitária, prevendo a criação de Centros de Saúde Mental de base distrital, como estrutura básica de intervenção e de prestação de cuidados assistenciais à população abrangida (CNRSSM, 2007).

A legislação de saúde mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho e o Decreto Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro) reforçou este capital, de acordo com os princípios recomendados pelos organismos internacionais de relevo na área da organização dos serviços de saúde mental. Assim, estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, particularmente das pessoas com doença mental.

Desta forma, a criação dos serviços descentralizados teve um impacto positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados, possibilitando respostas mais próximas das populações (CNRSSM, 2007). Assim, o Plano Nacional de Saúde Mental, visa assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental; promover e proteger os direitos humanos dos portadores de doença mental; minimizar o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximo e facilitar a participação das comunidades, dos utentes e das respetivas famílias; e por último, promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, ao nível dos cuidados primários, dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de forma a facilitar o acesso e a reduzir a institucionalização (CNRSSM, 2007).

Assim sendo, uma resposta adequada consiste nos cuidados continuados, que em muitos países, está a tornar-se uma resposta fulcral no que diz respeito aos cuidados de saúde. Em Portugal esta resposta refere-se ao Programa Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que, em 2006, foi criado para dar corpo a uma nova intervenção. Assim, esta rede de cuidados continuados integrados dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de cariz preventivo, reabilitador ou paliativo, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipa domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro).

Esta Rede situa-se a um nível entre os cuidados de saúde e de apoio social, entre os de suporte comunitário e os de internamento hospitalar. Assenta numa tipologia de serviços integrada por quatro categorias: Unidades de Internamento; Unidades de Ambulatório; Equipas Hospitalares e, por fim, Equipas Domiciliárias (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro).

As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, devido a um episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos da doença

crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que estejam em situação de dependência, de forma a reintegrá-las no contexto sociofamiliar. Particularmente, em qualquer unidade de longa duração e manutenção, o período de internamento é superior a 90 dias (Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro).

Não se trata apenas de criar estruturas necessárias para este tipo de população, mas também criar recursos sociais, culturais e relacionais, capazes de enriquecer contextos de vida empobrecidos, não só devido a carências a nível material, mas particularmente pela vulnerabilidade de suportes sócio relacionais (Mângia & Muramoto, 2006).

Neste sentido, a reabilitação psicossocial revela-se um processo/estratégia fundamental, através do qual pessoas incapacitadas criam oportunidades para um envolvimento ativo no que concerne ao desenvolvimento de competências físicas, emocionais e intelectuais, indispensáveis às exigências sociais (Violante, 2012).

O relatório anual de 2001 da OMS definiu reabilitação psicossocial como um “processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados devido a uma doença mental, a oportunidade de alcançar o seu potencial de funcionamento na comunidade”, (p.62). Wykes e Holloway (2000) definiram que o grupo-alvo da reabilitação são pessoas com doença mental grave e de longa duração que tenham sintomatologia ativa e consequente défice no funcionamento social. A partir desta definição percebe-se que os serviços de reabilitação devem ter um duplo-objetivo, ou seja, minimizar os sintomas da doença mental e promover a inclusão dos doentes na sociedade (Bajouco & Cerejeira, 2014).

Desta forma, o objetivo é permitir que pessoas com doença mental crónica possam funcionar com satisfação e sucesso nos vários domínios da sua vida, visando o aumento da autonomia, realização pessoal e qualidade de vida e possibilitar a sua participação na comunidade onde estão inseridos, usufruindo de atividades facilitadoras da sua integração social (Afonso, 2010; Violante, 2012; De Lara & Monteiro, 2014). No entanto, esta intervenção deve respeitar as limitações inerentes à doença, expectativas realistas e preferências do doente (Matos et al., 2003; Bajouco & Cerejeira, 2014).

A reabilitação psicossocial pressupõe a existência de equipas multidisciplinares integradas na comunidade e intervenções a longo prazo que visam ajudar as pessoas com incapacidades provocadas pela doença mental a melhorar o seu funcionamento e qualidade de vida (Matos et al., 2003; Bajouco & Cerejeira, 2014). Durante o processo de reabilitação é utilizado um vasto leque de técnicas, que pretendem que o doente aprenda ou reaprenda competências em distintas áreas, que na sua totalidade correspondem à reabilitação psicossocial. Estas técnicas incluem a reabilitação vocacional, profissional, reabilitação residencial e reabilitação cognitiva (na esquizofrenia), sendo o treino de aptidões sociais fundamental nas várias etapas reabilitativas (Afonso, 2010; Bajouco & Cerejeira, 2014).

As instituições desempenham um papel preponderante no que concerne ao suporte social, dado que estas são facilitadoras no controlo de situações problemáticas e são capazes de prevenir perturbações psicológicas e orgânicas quando o indivíduo é confrontado com situações de *stress* (Violante, 2012). De igual modo, na reabilitação de pessoas com doença

mental crónica, os fatores sociais e emocionais são relevantes, particularmente a rede social, quando estável, ativa e confiável protege o indivíduo, auxilia, acelera os tratamentos, entre outros aspetos, isto é, promove a saúde (Violante, 2012).

Contudo, os utentes e os seus familiares também têm um papel preponderante durante o processo de reabilitação. Evidências empíricas demonstram que a participação ativa e o envolvimento das pessoas em todo o processo terapêutico da reabilitação psicossocial são fundamentais para a melhoria do seu estado de saúde mental e contribuem para uma vida mais adaptada na comunidade (LaBoube et al., 2012).

No âmbito da reabilitação psicossocial, Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams e Slade (2011) desenvolveram um modelo de recuperação (*recovery*) onde identificam os seus processos constituintes. Estes processos podem ser entendidos como dimensões mensuráveis de mudança, que habitualmente ocorrem durante o processo de recuperação. Tais processos são a conexão (e.g., suporte e ser parte de uma comunidade), esperança e otimismo perante o futuro (e.g. ter sonhos e aspirações), identidade (e.g. redefinir o sentido de identidade, ultrapassar o estigma), ter um sentido para a vida e responsabilidade pessoal/controlo sobre a própria vida, ou seja, *empowerment*.

Uma revisão sistemática da literatura internacional, efetuada por Taylor et al. (2009), acerca da qualidade do atendimento institucional, para pessoas com problemas de saúde mental, teve como objetivo identificar os principais componentes do cuidado institucional e perceber a eficácia dos mesmos. Foram reconhecidos cuidados-chave na recuperação para os doentes, sendo eles suportados na prestação de apoio não só médico, como também social.

Violante (2012) aponta que os resultados do seu estudo sugerem que a participação no programa de reabilitação psicossocial surte um efeito positivo na perceção de qualidade de vida e de suporte social dos indivíduos internados.

Vários estudos mostram que os programas de reabilitação psicossocial têm maior eficácia do que somente o internamento e estes são eleitos tanto pelos doentes, como pelas suas famílias (Violante, 2012). Os estudos mostram igualmente que os participantes dos programas de reabilitação psicossocial têm maior probabilidade de integrar no mercado de trabalho e apresentam uma melhor qualidade de vida, maior autoestima, bom funcionamento social e ocupacional, maior adesão terapêutica e outros aspetos, como por exemplo ter carta de condução ou desempenhar papéis familiares e sociais (Lehman, Possidente & Hawker, 1986; MacGlip, 1991; Goldberg, 1991; Leff, Dayson, Gooch, Thornicroft & Wills, 1996; Browne, 1999; Henderson, Phelan, Loftus, Dall'Agnola & Ruggeri, 1999; Browne et al., 2000; McInerney, Finnerty, Avalos & Walsh, 2010).

Neste tópico relativo à saúde/doença mental, reabilitação psicossocial e políticas de saúde, destaca-se a mudança de paradigma, contemplando o tratamento integrado e a criação de políticas de saúde mental em Portugal. Parece evidente que estas visam proteger as pessoas e as famílias e têm um elevado impacto na promoção da saúde mental. Enfatizam também a redução do número de internamentos dos doentes mentais crónicos, apostando em

intervenções psicossociais que preconizam a integração destes doentes na comunidade e que, consequentemente, diminuem o estigma social e o isolamento. Estas intervenções procuram desenvolver a oportunidade dos doentes mentais crónicos viverem uma vida plena e com significado. O capítulo que se segue aborda especificamente duas doenças mentais crónicas, sendo elas a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar permitindo assim uma melhor compreensão das suas características clínicas.

Capítulo 2. Doenças Mentais Crónicas

Neste segundo capítulo são caracterizadas, de forma breve e sintética duas perturbações psiquiátricas, particularmente a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar. Primeiramente são apresentados os sinais e sintomas caraterísticos, seguindo-se a prevalência destas na população, a sua evolução, bem como as suas consequências no funcionamento global dos doentes.

A. Esquizofrenia

1. Sinais e Sintomas

O quadro clínico da esquizofrenia é bastante complexo e nem sempre perceptível, ou seja, não é a presença de um sinal/sintoma por si só suficiente para concluir o diagnóstico. Além disso, estes variam de acordo com a evolução da doença (Afonso, 2010).

Os sintomas caraterísticos da esquizofrenia contêm uma diversidade de disfunções ao nível cognitivo, comportamental e emocional. Assim, o seu diagnóstico envolve o reconhecimento de uma panóplia de sinais e sintomas relacionados com défices no funcionamento ocupacional do indivíduo. No entanto, as caraterísticas variam nestas pessoas, visto que a perturbação é clinicamente heterogénea (APA, 2014; Afonso, 2010; Renca & Cerejeira, 2014).

Com base nos critérios propostos pela APA, no seu mais recente Manual DSM-V (2014) a esquizofrenia define-se como uma perturbação que dura pelo menos seis meses, sendo que este período inclui pelo menos um mês de sintomas ativos.

Os sintomas envolvem aspetos ligados ao pensamento (tanto formo como conteúdo), à perceção, ao rendimento cognitivo, à afetividade e ao comportamento, levando a défices nas relações interpessoais e a uma perda de contacto com a realidade. O aspeto clínico talvez mais relevante é referente à “dissociação”, que o indivíduo apresenta pela perda de unidade de pensamento e consequente alteração da sua personalidade (APA, 2014; Afonso, 2010).

A terminologia dicotómica utilizada para caraterizar os sintomas da esquizofrenia em positivos e negativos foi proposta desde há muito tempo. Os sintomas denominados de positivos estão presentes com maior visibilidade na fase aguda da doença e incluem delírios, alucinações, pensamento/discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico e os sintomas negativos acompanham a evolução da doença e refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais (Afonso, 2010; APA, 2014; Renca & Cerejeira, 2014). Os sintomas negativos podem ser primários ou secundários. Os primários são considerados caraterísticas fulcrais do défice primário da própria doença, enquanto que os secundários podem resultar dos sintomas positivos, dever-se a efeitos secundários da medicação anti-psicótica, bem como podem ser fruto de efeitos depressivos ou privação ambiental (Renca & Cerejeira, 2014).

Esta perturbação envolve défices numa ou mais áreas significativas do funcionamento. Além disso, estes défices persistem por um período de tempo substancial durante a evolução da doença, como por exemplo a avolição. Frequentemente, a fase ativa é precedida por sintomas prodrômicos, podendo ser seguidos de sintomas residuais, que se caracterizam por formas ligeiras ou abaixo do limiar de alucinações ou delírios. Desta forma, os indivíduos podem manifestar diversas crenças pouco comuns ou estranhas que não são de proporções delirantes (como por exemplo, ideias de referência ou pensamento mágico); podem ter experiências perceptivas pouco habituais; o seu discurso pode ser globalmente compreensível mas pobre; bem como o seu comportamento pouco habitual mas não grosseiramente desorganizado (por exemplo, sussurrar em público). Os sintomas negativos são frequentes nas fases prodrômicas e residuais e podem ser graves. Neste sentido, os indivíduos que eram ativos a nível social, poderão afastar-se dessas rotinas, e tais comportamentos, frequentemente, indicam o primeiro sinal da perturbação (APA, 2014).

De referir também que os sintomas de humor e episódios de humor completos são habituais na esquizofrenia e estes podem ocorrer simultaneamente com a sintomatologia de fase ativa. Contudo, o diagnóstico de esquizofrenia, requer a existência de delírios ou alucinações na ausência de episódios de humor. Para além disso, estes episódios, considerados na sua totalidade, devem estar presentes somente durante uma pequena parte da duração total dos períodos de fase ativa e residual da perturbação (APA, 2014).

Assim, além dos sinais e sintomas já mencionados, estes indivíduos podem apresentar afetos inapropriados; humor disfórico; padrão de sono alterado; e falta de interesse ou recusa alimentar. Podem ocorrer também a despersonalização, desrealização e preocupações somática, que podem atingir proporções delirantes. São também comuns a ansiedade, bem como fobias. A disfunção ao nível cognitivo é igualmente comum e está associada a défices funcional, que poderão incluir dificuldades na memória, na linguagem, nas funções executivas e lentificação da velocidade de processamento. Podem também ser encontradas anomalias a nível sensorial e na cognição sensorial, englobando défices na capacidade para inferir intenções de outras pessoas, levando à formação de explicações delirantes. Estes défices persistem habitualmente durante a remissão sintomática (APA, 2014; Renca & Cerejeira, 2014).

Parte destes indivíduos podem ter falta de *insight* da sua perturbação, tal inclui a não consciência dos sintomas de esquizofrenia e pode permanecer durante todo o curso da doença. Este sintoma, prediz comumente a não adesão ao tratamento, bem como prediz elevadas taxas de recaída, aumento do número de tratamentos não voluntários, pobre funcionamento psicossocial, agressividade e pior curso da doença (APA, 2014).

2. Prevalência

A esquizofrenia representa uma das doenças mentais mais graves e incapacitantes. As diferentes estimativas de incidência da esquizofrenia sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro novos casos por ano para uma população de 10.000 habitantes (Mari

& Leitão, 2000). Segundo Da Silva (2006), a sua incidência anual está entre 0.1-0.7 novos casos para cada 1.000 habitantes. A sua prevalência durante o ciclo vital parece ser cerca de 0.3%-0.7% (APA, 2014).

De acordo com Barlow e Durand (2008, cit in Macêdo, Fernandes & Da Costa, 2013) esta doença mental atinge os valores de 0.2% e 1.5% da população mundial total, sendo a prevalência equivalente em ambos os géneros. Os mesmos autores mencionam que a expectativa de vida dos portadores de esquizofrenia é ligeiramente menor do que a média, tal é consequência do maior índice de suicídios e de acidentes nestes pacientes.

Embora a esquizofrenia apresente taxas de incidência relativamente baixas, as taxas de prevalência são elevadas, dado que apenas uma pequena percentagem de indivíduos recupera anualmente, o que leva a que o número de internamentos seja elevado (Mari & Leitão, 2000).

No que concerne ao género, uma ênfase nos sintomas negativos e numa maior duração da doença (associada a pior prognóstico) demonstra maiores taxas de incidência nos homens; enquanto definições que permitam a inclusão de mais sintomas do humor e manifestações breves (associadas a melhor prognóstico) apresentam riscos semelhantes para homens e mulheres (APA, 2014). É possível ainda referir que o início da doença é mais precoce no homem do que na mulher (Mari & Leitão, 2000; Levine, Strauss & Gift, 1981). De acordo com Renca e Cerejeira (2014), a esquizofrenia pode surgir em qualquer idade, no entanto em grande parte dos casos, esta inicia-se entre os 15 e os 54 anos. Contudo 20 a 40% dos doentes apresentam os primeiros sintomas psicóticos antes dos 20 anos. Nos homens a incidência máxima localiza-se entre os 20 e os 25 anos de idade. Nas mulheres, a idade de início é mais tardia, sendo o primeiro pico entre os 25 e os 30 anos e o segundo na meia-idade (Renca & Cerejeira, 2014).

3. Desenvolvimento e Curso

As características psicóticas surgem, geralmente, entre o término da adolescência e a metade da quarta década de vida, sendo que o início do primeiro episódio psicótico, no sexo masculino, emerge entre o início e o final da terceira década de vida e, no sexo feminino, no término da terceira década de vida (APA, 2014). Portanto, as mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social. Alguns dos estudos realizados neste âmbito sugerem que os pacientes de países menos desenvolvidos apresentam um prognóstico melhor (Mari & Leitão, 2000; APA, 2014; Favrod & Maire, 2013). O seu início pode ser repentino, no entanto grande parte das pessoas apresenta um desenvolvimento lento e gradual de um conjunto vasto de sinais e sintomas clinicamente significativos. O início em idade precoce é um fator preditor de pior prognóstico (APA, 2014; Favrod & Maire, 2013).

As alterações de comportamento vão surgindo e progressivamente o doente vai ficando mais isolado, perdendo o interesse pelas coisas à sua volta, bem como a motivação (APA, 2014; Renca & Cerejeira, 2014). Frequentemente observa-se uma queda abrupta no

rendimento, ou mesmo no abandono escolar ou profissional (Renca & Cerejeira, 2014). Outras mudanças podem acontecer como preocupações excessivas com a saúde, aparência, religião ou outros interesses. Além destes, risos ou gargalhadas sem motivo aparente, inquietação ou instabilidade do comportamento podem surgir (APA, 2014; Renca & Cerejeira, 2014). Deste modo, o quadro clínico vai-se agravando até que os sintomas positivos se tornem mais claros. Posto isto, quando o quadro já está instalado o doente apresenta-se inquieto, angustiado e perplexo, com humor delirante. Após algumas semanas do início de tratamento ocorre uma melhoria do quadro psicótico e o doente apresenta, parcialmente, alguma crítica em relação as vivências delirantes e alucinatórias da doença (Renca & Cerejeira, 2014). Geralmente, nos períodos de remissão não há retorno ao nível do funcionamento prévio, agravando-se a deterioração do doente em cada surto psicótico (Matos et al., 2003). Após esta fase de remissão, persistem ainda alguns sinais e sintomas que constituem o quadro residual. Contudo, por vezes, o doente consegue distanciar-se da produção psicopatológica, permitindo-lhe conviver com esses sintomas, onde predominam os sintomas negativos (Matos et al., 2003; Renca & Cerejeira, 2014).

Segundo Afonso (2010) são consideradas três fases de evolução da doença - *fase aguda* (fase mais ativa da doença, geralmente os doentes estão num período de evolução do quadro psicótico, sendo necessário internamento, devido à difícil adesão ao tratamento em ambulatório), *fase de estabilização e manutenção* (são controlados alguns sintomas da doença, que ainda persistem, por ajuste da dosagem da medicação, é sobretudo uma fase de controlo de recaídas) e a *recaída* (corresponde a um novo período de agudização da doença, é importante que a intervenção terapêutica ocorra o mais precocemente possível).

Os fatores preditivos da evolução e prognóstico estão, em grande parte, ainda por esclarecer, contudo, a evolução parece ser favorável em cerca de 20% dos indivíduos com esquizofrenia, existindo um pequeno número de casos com recuperação total. No entanto, grande parte destes indivíduos ainda necessita de apoio formal ou informal na sua vida quotidiana, e muitos permanecerão gravemente doentes, com exacerbações e remissões dos sintomas ativos, já outros terão uma evolução de deterioração progressiva (APA, 2014). Já de acordo com Renca e Cerejeira (2014), cerca de 25% dos doentes apresentam uma evolução favorável, com remissão satisfatória dos sintomas e boa adaptação social e familiar. Outros 25% têm uma evolução desfavorável, com sintomatologia residual grave com um elevado impacto no seu funcionamento global. Por fim, os restantes 50% situam-se numa faixa intermédia. Estima-se ainda que 30% a 40% dos doentes esquizofrénicos conseguem integrar-se na sociedade. Já os restantes têm uma vida caracterizada pela falta de objetivos, inatividade, hospitalizações frequentes e pobreza (Matos et al., 2003).

Os sintomas psicóticos/positivos tendem a decrescer ao longo do ciclo vital e os sintomas negativos estão mais relacionados com o prognóstico do que os primeiros e tendem a ser mais constantes (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Sadock & Sadock, 2007; Matos et al., 2003; APA, 2014). Além disso, os défices a nível cognitivo associados à doença podem não melhorar ao longo do decorrer da doença (APA, 2014).

Existem alguns indicadores capazes de prever um prognóstico mais ou menos favorável para estes doentes. Desta forma, os fatores que são considerados como indicadores de bom prognóstico são os seguintes: (1) fatores sociodemográficos - sexo feminino, ser casado(a), nível de instrução alto, bom suporte familiar e nível baixo de emotividade expressa da família; (2) fatores genéticos - sem antecedentes familiares; (3) fatores da história da doença - início súbito, presença de fator desencadeante, bom ajustamento social pré-mórbido, tratamento precoce e número reduzido de recaídas; (4) em termos dos sintomas - predomínio de sintomas afetivos, boa resposta terapêutica e delírio sistematizado; e por fim, (4) outros fatores são a adesão terapêutica e a integração em programas de reabilitação e reinserção social (Matos et al., 2003; Afonso, 2010; Renca & Cerejeira, 2014).

Opostamente, são indicadores de mau prognóstico os seguintes fatores: (1) sociodemográficos - sexo masculino, ser solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a), nível de instrução baixo, baixo suporte familiar e nível elevado de emotividade expressa da família; (2) fatores genéticos - presença de antecedentes familiares; (3) fatores da história da doença - início lento e progressivo em pessoas jovens, ausência de fator desencadeante, ajustamento social pré-mórbido pobre, tratamento tardio, número elevado de recaídas e/ou internamentos; (4) ao nível sintomático - presença de sintomas negativos, resistência à terapêutica e delírio bizarro; e por último, (5) outros fatores são a má adesão à terapêutica e o consumo e abuso de drogas ou álcool (Matos et al., 2003; Afonso, 2010; Renca & Cerejeira, 2014).

4. Consequências Funcionais da Esquizofrenia

O desenvolvimento educativo e a manutenção do emprego são frequentemente prejudicados devido à avolição ou devido a outras manifestações da doença, mesmo quando as capacidades cognitivas são suficientes para as tarefas requeridas (APA, 2014; Pinkham & Penn, 2006; Renca & Cerejeira, 2014). Grande parte destes sujeitos está empregada num nível abaixo dos seus progenitores e muitos, especificamente homens, deixam de ter contatos sociais escassos fora da sua família (APA, 2014). Opostamente ao curso episódico dos sintomas psicóticos, as consequências funcionais tendem a ser estáveis ao longo do tempo em praticamente todos os doentes, independentemente da gravidade do quadro clínico (Sharma & Antonova, 2003; Niendam et al., 2006).

Além destes, são também mencionados défices na comunicação, no relacionamento interpessoal, nas atividades de vida diárias e em funcionar como parte integrante de uma comunidade (Pinkham & Penn, 2006).

Assim, a esquizofrenia está relacionada com anomalias sociais e ocupacionais consideráveis que têm um impacto nas atividades de vida diária (Monteiro & Louzã, 2007), sendo que estas anomalias advêm maioritariamente dos sintomas negativos da doença (Renca & Cerejeira, 2014).

B. Perturbação Bipolar

1. Sinais e Sintomas

A perturbação bipolar é uma doença recorrente e crónica que causa um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e uma grande sobrecarga para a sua família (Sajatovic et al., 2008; Costa, 2008). Genericamente caracteriza-se por oscilações do humor entre polos de mania e de depressão, sendo que também existem períodos de “hibernação” em que os sintomas desaparecem (Mondimore, 2003; Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007; Goodwin, 2012) e estas oscilações podem-se perpetuar no tempo, com consequências nefastas para o funcionamento do indivíduo (Roque, Madeira & Saraiva, 2014). Por definição desenvolvem-se períodos de elevação do humor (denominados de mania, na sua forma mais intensa, ou de hipomania, numa forma mais leve) que encontram contraponto nos episódios depressivos (Roque et al., 2014).

A perturbação bipolar inclui várias doenças em que estão presentes distúrbios de humor entre depressão e euforia, sendo que as que passamos a especificar em seguida são a perturbação bipolar I e a perturbação bipolar II.

A **perturbação bipolar I**, requer um elevado humor por parte da pessoa, podendo ser necessária a hospitalização, uma clara perturbação em termos comportamentais e ainda um comprometimento na função psicossocial (e.g. episódio maníaco). Contudo, os doentes que vivenciam episódios de mania, geralmente também passam por estados mais depressivos (Goodwin, 2012; Roque et al., 2014).

Os estados onde o humor é elevado constituem a marca característica da perturbação bipolar (Roque et al., 2014). Especificamente, esta caracteriza-se pela presença de um episódio maníaco, sendo que este é um período distinto durante o qual existe um humor anormal e demasiado elevado, expansivo ou irritável, e atividade ou energia constantemente elevada, presente em grande parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos 1 semana. Além destes, têm de estar presentes pelo menos 3 sintomas, como por exemplo, autoestima elevada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de dormir, necessidade de falar constantemente, fuga de ideias ou experiência subjetiva de aceleração do pensamento, distratibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, envolvimento excessivo em tarefas com consequências desagradáveis (por exemplo, gastos desnecessários) (APA, 2014).

Aquando do episódio maníaco, o humor elevado pode caracterizar-se por um grande entusiasmo por interações interpessoais, sexuais ou ocupacionais, pois os doentes apresentam-se frequentemente extravagantes, excessivamente sociáveis e desinibidos na postura e nas relações (APA, 2014; Roque et al., 2014). Além disto, podem ocorrer também mudanças repentinas de humor em breves períodos de tempo (APA, 2014).

No episódio maníaco a autoestima está claramente aumentada, podendo atingir proporções delirantes, sendo que as ideias delirantes são comuns (como por exemplo, ter uma

relação com uma pessoa famosa). Uma das características mais comuns é a diminuição da necessidade de dormir (APA, 2014; Roque et al., 2014).

O aumento de atividades dirigidas a objetivos abarca comumente o planeamento exagerado e a participação em muitas atividades, nomeadamente sexuais, ocupacionais, políticas ou religiosas. Num episódio maníaco, os indivíduos exibem grande sociabilidade, sem considerar a natureza intrusiva, dominadora e exigente de tais interações. Demonstram frequentemente grande agitação psicomotora, andando de um lado para o outro ou mantendo várias conversas em simultâneo (APA, 2014; Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007).

Relativamente ao humor expansivo, demasiado otimismo, grandiosidade e juízo crítico pobre, estes levam habitualmente ao envolvimento descuidado em atividades como gastos excessivos, doação de bens, condução imprudente, uso excessivo do telefone, jogo patológico, investimentos insensatos, entre outros, que não é comum no indivíduo (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007; APA, 2014).

O episódio maníaco provoca um défice acentuado no funcionamento social e ocupacional, podendo ser necessário a hospitalização de forma a prevenir danos para o próprio ou outros, ou ainda quando estão presentes características psicóticas (APA, 2014).

Para se constituir o diagnóstico de perturbação bipolar I é necessário o preenchimento dos critérios para episódio maníaco, no entanto não é um requisito ter episódios hipomaníaco ou depressivo. Todavia, estes episódios podem preceder ou seguir um episódio maníaco (APA, 2014). A distinção entre mania e hipomania está na intensidade dos sintomas, sendo a mania caracterizada por uma maior intensidade dos sintomas e prejuízo no funcionamento social e ocupacional da pessoa contrariamente à hipomania (Moreno, Moreno & Ratzke, 2005). No episódio depressivo são características sintomas como humor depressivo durante grande parte do dia, perda do interesse ou do prazer e todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia e quase todos os dias, perda de peso ou aumento de peso significativos, frequente insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, redução da capacidade de pensar ou de se concentrar e pensamentos recorrentes acerca da morte (APA, 2014; Abreu, Lafter, Baca-Garcia & Oquendo, 2009). Estes sintomas causam um mal-estar acentuado e défice nas várias áreas de funcionamento do indivíduo (APA, 2014).

De referir ainda que no decorrer do episódio maníaco, os indivíduos, frequentemente, não reconhecem que estão doentes ou que necessitam de tratamento, resistindo a esforços para serem tratados. Assim, podem alterar a sua aparência de forma a se tornarem mais vistosos. Alguns podem tornar-se hostis e quando delirantes podem ficar agressivos ou com comportamentos suicidas (APA, 2014; Costa, 2008). As consequências devastadoras de um episódio maníaco (por exemplo, hospitalização involuntária, problemas legais) são, por vezes, fruto do pobre juízo crítico, perda de *insight* e hiperatividade (APA, 2014; Dunayevich & Keck, 2000).

Por fim, a perturbação bipolar I é o que os médicos consideram uma “doença que vai e vem”, ou seja, onde os sintomas aparecem e desaparecem no decorrer da sua evolução.

Esta é uma característica de todas as perturbações de humor, o que a torna difícil de diagnosticar e de tratar (Mondimore, 2003).

Relativamente à **perturbação bipolar II**, esta requer episódios depressivos completos e episódios de hipomania, sem história de mania (Mondimore, 2003; Goodwin, 2012; APA, 2014).

Especificamente caracteriza-se por um curso clínico de episódios recorrentes que consiste em 1 ou mais episódios depressivos major e pelo menos 1 episódio hipomaniaco, sendo que o episódio depressivo major permanece durante pelo menos 2 semanas e o episódio hipomaniaco, pelo menos 4 dias, durante os quais o doente possui um aumento de energia e de confiança, mas sem comprometimento (APA, 2014; Goodwin, 2012). Durante o(s) episódio(s) do humor, os sintomas estão presentes grande parte do dia, quase todos os dias e representam uma mudança significativa no comportamento e funcionamento comuns. Os episódios depressivos ou as flutuações hipomaniacas causam um mal-estar significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas relevantes (APA, 2014).

Frequentemente, pessoas com perturbação bipolar II recorrem ao profissional de saúde durante um episódio depressivo major e portanto, muitas vezes não se queixam quanto ao início de hipomania, pois são os episódios depressivos major que causam maior défice, bem como a persistência de alterações imprevisíveis do humor e de um funcionamento flutuante, instabilidade interpessoal ou ocupacional (APA, 2014).

Apesar da distinção na duração e gravidade entre os episódios maníaco e hipomaniaco, esta perturbação não é uma “forma ligeira” da perturbação bipolar I. Comparando as pessoas com perturbação bipolar I e pessoas com perturbação bipolar II, são estas últimas que têm maior cronicidade da doença e consomem mais tempo na fase depressiva da sua doença (APA, 2014).

Por fim, outro aspeto relevante, é a impulsividade que é característica em pessoas com esta perturbação, a qual pode contribuir para tentativas de suicídio e perturbações de uso de substâncias (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007; APA, 2014).

2. Prevalência

A perturbação bipolar I é uma perturbação relativamente rara com uma incidência de cerca de 1% na população geral (Merikangas et al., 2007). De acordo com a APA (2014), nos EUA, a prevalência para a perturbação bipolar I estimada a 12 meses foi de 0.6%. Em 11 países, a prevalência a 12 meses variou de 0.0% a 0.6%. O rácio de prevalência no sexo masculino-feminino durante o curso de vida foi de 1,1:1 (APA, 2014).

A incidência da perturbação bipolar II é também de cerca de 1% (Merikangas et al., 2007).

A perturbação bipolar do tipo I é moderadamente mais comum nos homens, opostamente à perturbação bipolar do tipo II que é mais frequente nas mulheres, sendo o

diagnóstico geralmente efetuado no decorrer da adolescência e da idade adulta, por volta dos 25 anos de idade (Merikangas et al., 2011).

3. Desenvolvimento e Curso

A idade média de início de um episódio maníaco, hipomaníaco ou depressivo major, na perturbação bipolar I, é de 18 anos (APA, 2014). Esta inicia, geralmente, por sintomas depressivos e é uma doença recorrente (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007; Baldessarini, Tondo & Visioli, 2014). As apresentações maníacas ou com características psicóticas são menos comuns no início, mas predizem maior morbidade a longo prazo, com períodos de descompensação e sequências mania/depressão mais frequentes (Baldessarini, Tondo & Visioli, 2014). O curso é frequentemente caracterizado por sintomas crônicos e por elevados índices de recaídas e de internamentos. Além disso, mesmo com a remissão dos episódios de humor, podem persistir sintomas subsindrômicos substanciais, principalmente sintomas depressivos (Knapp & Isolan, 2005).

Mais de 90% dos indivíduos que têm um episódio maníaco único terão episódios recorrentes de alteração de humor. Aproximadamente 60% dos episódios maníacos surgem imediatamente antes de um episódio depressivo major (APA, 2014), sendo que os episódios maníacos típicos têm um início rápido, mas podem evoluir ao longo de algumas semanas (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007).

A duração média dos episódios na perturbação bipolar I é de 14 semanas para a mania e aproximadamente o dobro na depressão. A remissão incompleta é frequente e a recuperação do funcionamento global é ainda mais lenta do que a recuperação sintomática (Solomon et al., 2010).

Após um indivíduo ter um episódio maníaco com características psicóticas, é mais provável que os episódios maníacos subsequentes apresentem igualmente características psicóticas. De salientar também, que a recuperação entre episódios incompleta é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por características psicóticas incongruentes com o humor (APA, 2014).

Quanto ao prognóstico, 40% a 50% dos pacientes com perturbação bipolar I, podem ter um segundo episódio maníaco no decorrer de 2 anos após o primeiro episódio. Um mau prognóstico está associado com um fraco estado ocupacional pré-mórbido, dependência de álcool, aspetos psicóticos, características depressivas entre os episódios, comorbidade com perturbação da personalidade ou abuso de substâncias, má adesão terapêutica, comportamentos suicidários e ser do sexo masculino. Contrariamente, os fatores de bom prognóstico prendem-se com uma breve duração dos episódios maníacos, pouca frequência de pensamentos suicidas e problemas médicos ou psiquiátricos (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007; Semple & Smyth, 2009, cit in Roque et al., 2014).

No que concerne à perturbação bipolar II, o número de episódios no decorrer do ciclo vital (hipomaníacos ou depressivos) tende a ser mais elevado do que nas perturbações depressiva e bipolar I. No entanto, pessoas com perturbação bipolar I têm maior

probabilidade de ter sintomas hipomaniacos do que as pessoas com perturbação bipolar do tipo II. No curso da perturbação bipolar II, o intervalo entre episódios de humor tende a diminuir à medida que as pessoas envelhecem. De mencionar ainda que apesar de ser o episódio hipomaniaco característico desta doença, são os episódios depressivos que são mais duradouros e que causam maior incapacitação nos doentes (APA, 2014).

Relativamente ao prognóstico, parece que um padrão de ciclos rápidos, ou seja, múltiplos (4 ou mais) episódios de humor hipomaniaco ou depressivo, está associado a um pior prognóstico da doença, dado que se revela de difícil compensação clínica (APA, 2014; Fountoulakis, Kontis, Gonda & Yatham, 2013). Indivíduos mais jovens e com depressão menos grave, têm maior probabilidade de recuperação do funcionamento social. Habilidades literárias mais elevadas, menos anos de doença e estado civil de casado são fatores independentemente associados a recuperação funcional em pessoas com o diagnóstico de perturbação bipolar, mesmo tendo em conta os tipos, sintomatologia depressiva e a presença de comorbidades psiquiátricas (APA, 2014).

Por fim, os dados indicam que se trata de um diagnóstico estável, confirmados pela grande probabilidade de estes pacientes continuarem com o mesmo diagnóstico até 5 anos depois de efetuado. Além disso, por ser uma doença crónica requer estratégias de tratamento a longo prazo (Kaplan et al., 2003; Sadock & Sadock, 2007).

4. Consequências Funcionais da Perturbação Bipolar

Os doentes com perturbação bipolar tendem a retomar um estado funcional pleno entre os episódios, no entanto cerca de 30% apresentam um défice grave no que diz respeito ao trabalho. A recuperação funcional fica muito aquém dos sintomas, especificamente da recuperação ocupacional, o que resulta em estatutos socioeconómicos mais baixos quando comparados com a população em geral. Estes indivíduos têm resultados mais baixos em testes cognitivos do que pessoas sem perturbações (APA, 2014). Assim, os défices a nível cognitivo podem contribuir para dificuldades vocacionais e interpessoais e permanecerem durante o ciclo vital (APA, 2014). Também o número de separações, divórcios, problemas académicos e ocupacionais, dificuldades em gerir o tempo livre, acidentes e outras doenças clínicas são comuns entre estes indivíduos (Moreno & Andrade, 2005, cit in Costa, 2008; Blairy et al., 2004).

Além das consequências já referidas, podem surgir défices funcionais expressivos, dificuldades no autocuidado, nos comportamentos socialmente não aceites e problemas de relacionamento interpessoal (Miasso, 2006; Miasso, Cassiani & Pedrão, 2011).

Partindo da apresentação clínica destas doenças mentais crónicas, podemos concluir que tanto a Esquizofrenia como a Perturbação Bipolar têm um impacto significativo na vida dos doentes e das pessoas que os rodeiam. Além disso, ambas trazem consequências para os seus portadores, como défices cognitivos e funcionais, traduzindo-se no isolamento social destes indivíduos. Desta forma, torna-se pertinente o estudo acerca do suporte social nestes

doentes, pelo que passamos de seguida a apresentar um enquadramento sobre o que a literatura nos diz acerca do Suporte Social.

Capítulo 3. Suporte Social

No presente capítulo, primeiramente, é contextualizado o suporte social, remetendo para as suas origens em termos de investigação desta temática, bem como para a sua importância. Seguidamente, para uma melhor compreensão deste conceito, definimos suporte social, distinguimos os tipos e fontes de suporte social e apresentamos os componentes e dimensões que este contempla. No âmbito da saúde, abordamos a relação entre suporte social e a saúde/doenças e os seus efeitos na saúde. Por último, culminamos com a apresentação de alguns estudos que referem a temática do suporte social em doentes mentais crónicos.

Durante as últimas décadas, os investigadores das ciências sociais e humanas têm salientado a importância das estruturas sociais para a compreensão e promoção do bem-estar das populações. Na área da saúde, particularmente os profissionais da área da Saúde Mental e Comunitária, atentam no estudo dos grupos e organizações de ajuda mútua, visto que estes são a forma mais visível e estruturada de prestação de suporte (Ornelas, 2008).

Kiritz e Moos (1974, cit in Ornelas, 2008) consideram que os estímulos sociais de suporte, coesão e afiliação têm, normalmente, efeitos positivos, proporcionando assim um desenvolvimento normativo e reduzindo, por exemplo o tempo de recuperação de uma doença. Tal facto suporta-se na abordagem sobre o suporte social, que se refere aos recursos relacionados com a ajuda informal, que têm sido considerados fundamentais para a compreensão das necessidades ao nível da manutenção da saúde mental dos elementos de uma comunidade (Ornelas, 2008).

Cobb (1976), destaca a importância do suporte social em relação ao *stress* e ao bem-estar, mencionando que este se refere à informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado, valorizado e parte integrante de uma rede de comunicação recíproca. Assim, o autor considera o suporte social como “amortecedor” de *stress*, concluindo que o mesmo desempenha uma função de facilitador da confrontação e adaptação perante uma situação de crise. Desta forma, quando adequado, o suporte social pode proteger os indivíduos em condição de crise de um vasto leque de perturbações físicas (problemas cardiovasculares, problemas de pele, cancro, entre outros) e psicológicas (depressão, ansiedade, esquizofrenia, perturbação bipolar, entre outras), funcionando assim como fator facilitador do *coping* e da adaptação (Ornelas, 2008; Barron, 1996, cit in Guadalupe, 2008).

Estes dados permitem enquadrar a relevância desta temática para a compreensão das relações entre os indivíduos e os diversos contextos sociais onde estes se inserem.

1. Definição de Suporte Social

De acordo com Pais-Ribeiro (1999) “o suporte social é uma variável importante tanto para a existência de uma boa saúde como para a recuperação em caso de acidentes ou

doenças” (p.82). Assim, o suporte social assume grande destaque na vida das pessoas, principalmente naquelas que por alguma razão recorrem aos serviços de saúde.

Não há uma definição única de suporte social, uma vez que se trata de um conceito multidimensional, contudo, vários autores têm as suas propostas de definição. Assim, Ornelas (2008) propõe que o suporte social pode ser definido, “em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou, em particular, quando incide sobre relações conjugais, de amizade ou organizacionais e, por vezes, pode ser definido e medido em termos das estruturas as relações sociais do indivíduo” (p.192). Acrescenta ainda que, em grande parte das situações, quando os autores se referem ao suporte social tendem a defini-lo em termos do conteúdo funcional das relações que engloba o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação (Ornelas, 2008).

Por sua vez, Cobb (1976) define suporte social como uma informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; que é apreciado e tem valor e que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas.

Antunes e Fontaine (2010) sustentam que o suporte social diz respeito às funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para um indivíduo, em determinadas situações da vida do mesmo. Estas pessoas podem ser familiares, amigos, vizinhos e outros, designando-se no conjunto por rede de suporte social.

Um outro autor, Thoits (1982), define suporte social tendo em conta o grau de satisfação das necessidades sociais básicas, proporcionadas por meio das interações com os outros. Tais necessidades englobam afeto, estima, pertença, identidade e segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional (compensação afeto e estima) e instrumental (aconselhamento, informação e assistência material) prestada pelos outros.

Desta forma, constata-se que há na literatura uma diversidade de definições, umas que se complementam e outras que se diferenciam, consoante os vários autores desta temática.

Weiss (1974, cit in Ornelas, 2008) distinguiu seis funções proporcionadas pelas relações sociais de suporte que integravam: o *attachement*, que se refere ao sentimento de aprovação emocional e de segurança, geralmente proporcionado pelo parceiro; a integração social, que diz respeito ao sentimento de pertença a um grupo, que partilha interesses e atividades comuns e é normalmente obtido através dos amigos; o reconhecimento do valor pessoal, isto é, o reconhecimento das competências individuais, normalmente obtido por colegas de trabalho; as alianças estáveis, ou seja, a garantia de que se pode contar com os outros, sendo geralmente proporcionadas pelos membros da família; orientação, que envolve o aconselhamento e informação, geralmente obtido por figuras parentais ou professores; e a oportunidade de prestação de cuidados, que contempla o sentimento de responsabilidade pelo bem-estar do outro, normalmente através dos filhos.

Desta forma, para sistematizar estas distintas categorias propostas, Vaux (1988, cit in Ornelas, 2008), propôs a distinção entre atividades e funções do suporte social. Assim, as atividades dizem respeito às ações conduzidas pelo indivíduo, que podem ser muito

diversificadas, por exemplo, ouvir, expressar preocupação, demonstrar afeto, partilhar determinada atividade, prestar cuidados, aconselhar, dar sugestões ou socializar. Já no que concerne às funções do suporte, não se referem a atividades específicas, mas sim às consequências dessas mesmas atividades e às relações nas quais estas ocorrem. Podem assim ser exemplos de funções, as relações amorosas, o sentimento de pertença, a intimidade e a integração. Deste modo, as atividades e as funções estão ligadas, tal facto que se demonstra através da relação entre atividades de suporte emocional, como ouvir, expressar preocupação, confortar, e funções de suporte que abarcam o amor, a confiança, a intimidade e a ligação.

Já Barrera e Ainlay (1983) subdividiram o suporte social nas seguintes categorias: ajuda material (bens materiais ou dinheiro); assistência (pode consistir na partilha de tarefas); orientação (engloba aconselhar, informar ou instruir); *feedback* (relativamente aos comportamentos, pensamentos ou sentimentos) e interação social positiva (relacionada com situações recreativas, convívio e bem-estar).

Um aspeto interessante revelado por Turner (1983, cit in Ornelas, 2008) diz respeito ao suporte social e aos recursos. O autor considera, que apesar de estarem relacionados, devem ser analisados como sendo conceitos distintos, uma vez que o suporte social deve ser compreendido mais como sendo uma experiência pessoal, do que um conjunto de interações ou trocas, pois o que é revelante é o grau em que a pessoa se sente desejada, respeitada e integrada.

2. Tipos e Fontes de Suporte Social

Diversos autores desta temática fazem diferentes distinções entre tipos de suporte social. Cohen e McKay (1984) distinguem, suporte social psicológico, sendo este o fornecimento de informação, e suporte social não-psicológico que diz respeito ao suporte social que é tangível. Já Cramer, Henderson e Scott (1997) fazem a distinção entre suporte social percebido, que se refere ao suporte social que o indivíduo percebe ter à sua disponibilidade, caso necessite e suporte social recebido, relativamente ao suporte social que foi recebido por determinada pessoa. Os mesmos autores acrescentam ainda outra distinção, sendo esta o suporte social descrito, que se refere à presença de determinado comportamento de suporte e suporte social avaliado, respeitante à avaliação de que tal comportamento de suporte é entendido como tendo sido satisfatório e eficaz.

No que concerne às fontes do suporte social, isto é, de onde este provém, Dunst e Trivette (1990, cit in Pais-Ribeiro, 2011) e Canesqui e Barsaglini (2012), identificam duas fontes de suporte social: informal e formal. A fonte informal abrange, simultaneamente, os indivíduos ou colaboradores naturais (como por exemplo, familiares, amigos, vizinhos, padre, entre outros), bem como os grupos sociais (Clubes, Associações, Igreja, etc.) que são passíveis de prestar auxílio nas atividades quotidianas, em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. Já as redes de suporte social formal abarcam organizações sociais formais (por exemplo, hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) e

profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros) que estão organizados de forma a fornecer assistência ou ajuda às pessoas que necessitam.

As distintas fontes (formais e informais) que podem integrar a rede social desempenham tipos diferentes de trocas interpessoais ou funções. Por exemplo, a companhia refere-se ao estar junto de alguém; o apoio emocional tem uma atitude emocional positiva; o guia cognitivo promove a partilha de informações e esclarece expectativas; o regulador social reafirma responsabilidades; e a função de prestar auxílio a nível físico, material e de serviços destina-se aos serviços de saúde e de assistência (Fontes, 2007).

Ao longo do ciclo vital, as redes sociais contribuem para o funcionamento e bem-estar (Lang, 2001). Pais-Ribeiro (1999) diz-nos que a investigação acerca do suporte social, quanto às suas dimensões e componentes, tem demonstrado que o impacto é diferente de acordo com o grupo etário. Por exemplo, no estudo efetuado por Olsen, Iversen e Sabroe (1991) verificou-se que as fontes de suporte social consideradas mais relevantes, dependiam da faixa etária em questão. Neste estudo, num grupo de pessoas entre os 30 e os 49 anos, é o conjugue que exerce maior influência, já no caso dos jovens e idosos é a família que tem maior influência no que conta à prestação de suporte social.

3. Componentes, Aspetos e Dimensões do Suporte Social

Entre autores existe uma tendência para um consenso quanto ao domínio do suporte social ser multidimensional e aos aspetos distintos que o impacto do suporte social tem nos indivíduos e nos grupos (Pais-Ribeiro, 2011).

De acordo com Dunst e Trivette (1990, cit in Pais-Ribeiro, 2011), existem cinco componentes de suporte social que estão interligados. A componente constitucional engloba as necessidades e a congruência entre estas e o suporte social. A componente relacional inclui o estatuto familiar e profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais. A componente funcional diz respeito ao suporte disponível, tipos de suporte como o suporte emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte, desejo de auxiliar e quantidade de suporte. A componente estrutural consiste na proximidade física, frequência de convivências, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência. Por fim, a componente de satisfação traduz-se na utilidade e ajuda prestada.

Weiss (1974, cit in Pais-Ribeiro, 2011) propôs seis dimensões do suporte social, são elas a intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação. Numa mesma linha, Dunst e Trivette (1990, cit in Pais-Ribeiro, 2011), mencionam as dimensões de suporte social que se seguem, e que consideram ser relevantes para o bem-estar dos indivíduos: tamanho da rede social, a existência de relações sociais (onde se incluem as relações como o casamento e como as que provêm da pertença a grupos sociais), a frequência de contactos (tanto em grupo como individualmente), necessidade de suporte expressa pelo indivíduo, tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas das suas redes sociais, congruência (medida em que o suporte social disponível está de acordo com as necessidades

do indivíduo), utilização (extensão em que o indivíduo recorre as redes sociais quando precisa), dependência (exprime a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte quando requer), reciprocidade (exprime o equilíbrio entre o suporte social recebido e o que lhe é fornecido), proximidade (expressa a dimensão da proximidade sentida para com os elementos que disponibilizam suporte social) e, por último, a satisfação (manifesta a utilidade e nível de apoio sentidos pelo indivíduo perante o suporte social).

Na generalidade, os modelos teóricos do suporte social sublinham duas dimensões relevantes: uma dimensão estrutural (que inclui a frequência de interações sociais e o tamanho da rede social) e uma dimensão funcional com componentes emocionais como receber amor, sentir empatia e instrumentais, como a ajuda no sentido prático (Ozbay et al., 2007).

Além destes, Barrón (1996, cit in Guadalupe, 2008) considera que o suporte social tem uma dimensão cognitiva na sua conceptualização que se refere à percepção que um indivíduo tem de que, caso necessite de recorrer a determinadas pessoas, elas o ajudarão. Assim, todos estes aspetos revelam uma enorme complexidade deste conceito e colocam desafios determinantes para a temática e para a avaliação do suporte social (Guadalupe, 2008).

Desta forma, estudos associam o apoio social ao tamanho das redes sociais, à integração social, ao desempenho de papéis sociais e aos pedidos de prestação de cuidados a pessoas doentes. Assim, nas redes sociais mais restritas e reduzidas, as pessoas têm menos oportunidades de receber suporte, por estarem numa condição de pobreza e isolamento social (Canesqui & Barsaglini, 2012).

Destaca-se o papel da comunidade na integração e suporte social, particularmente o sentimento de comunidade, que se traduz em elevados níveis de bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida e menor solidão e isolamento dos indivíduos (Elvas & Moniz, 2010). Além disso, o sentimento de comunidade está relacionado com a qualidade das relações sociais e com a percepção de suporte social recebido (Prezza & Constantini, 1998). Segundo Elvas e Moniz (2010), quanto maior o suporte social recebido, maior é a qualidade das relações sociais, autoestima, satisfação com a vida e, conseqüentemente, maior o sentimento de comunidade. Esta ideia vai ao encontro do estudo de Gonçalves (2009), onde se descobriu que o sentido de comunidade e a satisfação com a vida estão positivamente relacionados, sendo o apoio social percebido mediador dessa relação.

Ainda relativamente às dimensões de suporte social, um estudo conclui que as crenças religiosas influenciam o tratamento da esquizofrenia, uma vez que temas religiosos estão positivamente associados com o confronto, adesão ao tratamento e procura de auxílio (Smolak et al., 2013). Tal deve-se ao facto de indivíduos, durante situações de *stress* ou na presença de perturbações mentais, recorrerem à religião e à espiritualidade como forma de suporte/apoio e consolo (Schuster et al., 2001; Bhavsar & Bhugra, 2008).

4. Suporte Social, Saúde e Doenças

Desde sempre houve interesse por parte dos filósofos e cientistas em compreender o comportamento e as emoções na procura de fatores que justificassem o funcionamento fisiológico e patológico das pessoas, fossem estes ligados a fatores internos (biológicos) ou externos (ambientais e psicossociais) (Kapiczinsk, Quevedo & Izquierdo, 2000). Dentro dos fatores externos encontra-se o suporte social que, de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que tem à sua disponibilidade (serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade) (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

É evidenciado em vários estudos como por exemplo o de Kessler, Price e Wortman (1985) e o de Ornelas (1996) que a percepção de satisfação com o suporte social nos indivíduos tem resultados positivos tanto na saúde como na prevenção de doenças.

O suporte social é uma condicionante do estado de saúde, devido à sua influência significativa na recuperação de doenças físicas, sendo determinante para os comportamentos da doença, de respostas ao tratamento médico, bem como na adaptação à situação de presença de uma doença crónica (Oliveira et al., 1999, cit in Floro, 2007). De forma geral, todos os estudos sobre suporte social e saúde mostram uma forte correlação entre ambos os constructos (Pais-Ribeiro, 1999).

A crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem fundamentada (Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências da relação entre suporte social e saúde, verificou-se a existência de uma correlação forte entre ambas as variáveis (Broadhead et al., 1983, cit in Pais-Ribeiro, 2011). Num outro estudo, Schwarzer e Leppin (1991) constataram que a má saúde era mais evidente entre as pessoas que tinham falta de suporte social. Numa mesma linha Ruzzi-Pereira (2007) aponta que a falta de suporte social e a pobreza estão muito associadas com a presença de doenças mentais. Sarason et al. (1985, cit in Pais-Ribeiro, 2011) conclui que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um relevante papel no que diz respeito à redução do mal-estar, estando consequentemente associada com a satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996). Também Kessler et al. (1985) numa revisão de investigação conclui que os resultados obtidos sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais.

Num estudo realizado por Wethington e Kessler (1986) com 1269 indivíduos, no qual o objetivo consistia em determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com aspetos objetivos da dimensão social, verificou-se que os resultados respeitantes à saúde eram melhor explicados pela percepção de suporte social do que por aspetos tangíveis.

No mesmo sentido, Ridder e Schreurs (1996), afirmam que doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto que o suporte social de cariz informativo, principalmente quando prestado por amigos e familiares é visto como inconveniente.

Concluindo, no âmbito da saúde e das doenças o suporte social diz respeito aos mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos nefastos provenientes das situações de *stress* (Kessler et al., 1985). Considera-se, em geral, que o suporte social afeta a tanto a saúde mental como a física, através da sua influência nas emoções, cognições e comportamentos do indivíduo (Cohen, 1988). Portanto, vai ao encontro de alguns estudos que relacionaram o suporte social com constructos que podem afetar o bem-estar dos indivíduos, como por exemplo o *stress* (Almeida & Sampaio, 2007) e a promoção da saúde (Hill & Donatelle, 2005).

4.1. Efeitos do Suporte Social na Saúde

Os fatores psicossociais, de maneira geral, atuam sobre a saúde aumentando a suscetibilidade dos indivíduos para contrair distintas perturbações a nível físico e mental. Neste sentido, a inexistência de suporte social é relacionada com o aparecimento de diferentes formas de mal-estar e de doença, ao invés de um bom nível de suporte social, que na sua diversidade de formas, se associa melhor com a saúde e o bem-estar (Guterres, 2001).

Os estudos realizados nesta área temática têm vindo a evidenciar e a demonstrar que os efeitos do suporte social na saúde são significativos. Singer e Lord, (1984, cit in Pais-Ribeiro, 2011), descrevem esses mesmos efeitos: o suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*, impedindo que este afete de forma negativa o indivíduo; a inexistência de suporte social, bem como a perda do mesmo é uma fonte geradora de *stress*; o suporte social é considerado como sendo benéfico e um recurso, tornando as pessoas mais fortes e numa melhor condição para enfrentar as adversidades da vida perante situações de *stress*. No entanto, alguns estudos apontam que o suporte social tem benefícios para a saúde, independentemente da exposição dos indivíduos a condições de *stress* (Canesqui & Barsaglini, 2012).

Segundo Lakey e Orehek (2011), os principais efeitos do suporte social na saúde ocorrem quando as pessoas com alto apoio social têm melhor saúde mental do que as que têm reduzido apoio, independentemente dos níveis de *stress*. Além disso, a falta de redes sociais é considerada um fator de risco para a saúde pública, uma vez que facilita situações de não acompanhamento e de não adesão terapêutica, dificuldades em aceder aos serviços de saúde e isolamento social, dificultando assim a recuperação clínica (Andrade & Vaitsman, 2002; Canesqui & Barsaglini, 2012). No mesmo sentido um estudo efetuado por Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell e Hamovitch (1992), numa amostra de 369 doentes com cancro, concluem que há evidência de relação entre o suporte social e as relações sociais, e a sobrevivência de pessoas com a doença.

Além destes estudos, existem as seguintes hipóteses explicativas dos efeitos do apoio social na saúde e nas doenças que são alvo de discussão (Seeman & McEwen, 1996; Wills, 1997, cit in Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003; Almeida & Sampaio, 2007), designadamente: a hipótese do apoio social ter efeitos a nível das respostas neuroendócrinas, diminuindo a ansiedade e, conseqüentemente, a tensão muscular; ter efeitos na depressão,

reduzindo-a e levando os indivíduos a avaliarem os estímulos stressores como sendo menos graves, o que poderá diminuir a ansiedade e elevar a capacidade de lidar com situações de *stress*.

No que respeita à saúde mental, a ausência de suporte social relaciona-se com diversos tipos de perturbações mentais, como a depressão, neurose e esquizofrenia (Bárron, 1996, cit in Guterres, 2001; Cid, 2008). De acordo com Bárron (1996, cit in Guterres, 2001) e com Bayón, Delgado, Ramírez e Toral (2008), as pessoas que possuem estas doenças, têm de forma geral, redes mais reduzidas e menos recíprocas (ou seja, há uma menor troca de recursos, aqueles que permitem cumprir as principais funções de suporte social). Tal ideia vai ao encontro da revisão da literatura efetuada por Baptista et al. (2006), uma vez que se encontram estudos que revelam que o suporte social é um fator de redução de diversas perturbações psiquiátricas e psicológicas, como a ansiedade, depressão e esquizofrenia podendo estar relacionado ao desenvolvimento e tratamento dos mesmos.

Há também evidência de que indivíduos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou apenas com os filhos, são os que revelam maiores níveis de depressão. Tal população é, concomitantemente, aquela que apresenta apreciações de suporte social menos positivas e índices de funcionalidade baixos (Requeijo, Vieira, Guerra & Santos, 2005, cit in Rodrigues & Madeira, 2009). Estes resultados vão ao encontro de uma pesquisa de Ramos (2002), onde se constata que as pessoas casadas têm melhor saúde do que pessoas com outros estados civis, “o estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social” (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000, p.86). Desta forma, a função de suporte social, exigida à família e aos profissionais cuidadores (onde se incluem não só psicólogos, como também cuidadores físicos mais próximos) permite a minimização da incapacidade e do sofrimento psicológico do doente (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000).

Relativamente ao género e de acordo com Rabelo e Neri (2005), são as mulheres que mais usufruem de instituições de saúde/sociais. No entanto, são as mulheres que têm redes institucionais de suporte maiores e mais multifacetadas, estando assim mais capazes de fornecer suporte aos outros, contrariamente aos homens.

Segundo Campos (2004, cit in Souza et al., 2008) o principal efeito do suporte está na forma como o recetor percebe o apoio prestado como satisfatório, sentindo-se assim amado, valorizado, compreendido, protegido e ainda como parte integrante de uma rede de recursos e informações. Desta forma, o indivíduo que percebe o suporte, encontra forças para enfrentar diversas adversidades, trazendo benefícios para o seu bem-estar, como a redução de *stress*, aumento da autoestima, da autoconfiança, da satisfação com a vida e do bem-estar psicológico, repercutindo-se positivamente na sua saúde (Souza et al., 2008; Griep, 2003; Cohen, 2004).

De referir também que vários estudos referem uma ligação entre percepção de apoio e felicidade (Lakey, s.d., cit in Lakey & Orehek, 2011; Chan & Lee, 2006). Ferreira e Guerra (2014), no seu estudo observaram correlações moderadas positivas da felicidade e suporte social com a qualidade de vida, sendo a felicidade e o suporte social variáveis que predizem a

adaptação física e mental dos indivíduos. Também Argyle (1997) refere que o suporte social influencia a felicidade e a saúde.

Mesmo havendo ideias contraditórias no que diz respeito aos benefícios (melhoria da saúde) e malefícios (excessiva dependência pode ter efeitos negativos) do suporte social na saúde dos indivíduos, a ideia de que as relações sociais podem promover melhores condições ao nível da saúde, tem sido predominante (Ramos, 2002).

4.2. Suporte Social em Doentes Mentais Crônicos

De acordo com Pickens (1999, cit in Chernomas & Clarke, 2003) e Ornelas (1996), a literatura indica que doentes mentais crônicos, particularmente com esquizofrenia, apresentam uma menor rede social do que pessoas sem historial de doença mental. Tais redes são caracterizadas por ambivalência emocional, assimetria e sem reciprocidade, revelando um sistema fechado de relações (Pickens, 1999, cit in Chernomas & Clarke, 2003; Ornelas, 1996). Além disso, verificou-se também que as redes destes doentes tendem a ser dominadas pela família e amigos (Hamaideh, Al-Magaireh, Abu-Farsakh & Al-Omari, 2014).

Assim, Ornelas (1996), salienta que os doentes mentais esquizofrênicos, para além de apresentarem um menor número de recursos, quando estes os têm à sua disponibilidade utilizam-nos com menor frequência.

Os estudos que analisam as relações sociais entre indivíduos com diagnóstico de perturbação bipolar sugerem que os mesmos são mais propensos a relatar relações sociais inseguras e um fraco apoio social (Greenberg, Rosenblum, McInnis & Muzik, 2014). Tal vai ao encontro de Cecil, Stanley, Carrion, e Swann (1995, cit in Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse & Miller, 1999) e Romans e McPherson (1992, cit in Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse & Miller, 1999), dado que estes mencionam que os indivíduos com perturbação bipolar possuem um nível de suporte social baixo. Segundo Johnson, Lundström, Åberg-Wistedt e Mathé (2003), o fraco suporte social pode aumentar o risco de recaída em pessoas diagnosticadas com perturbação bipolar.

Quanto à frequência e duração de internamentos, Holmes-Eber e Riger (1990), concluem que indivíduos com doenças mentais crônicas, quando têm uma maior frequência de internamentos e um aumento da duração do internamento, possuem menos amigos e familiares nas suas redes sociais, e consequentemente, uma menor satisfação com o suporte social prestado. Este aspeto pode ser justificado como uma consequência de um número menor de visitas dos seus familiares e amigos ou pela distância que têm que percorrer para os visitar. No entanto, um estudo realizado por Carneiro (2012), pretendeu avaliar as diferenças entre 30 doentes com esquizofrenia a residir em comunidade e institucionalizados em termos da sua satisfação com o suporte social, recorrendo a ESSS¹. Neste, conclui-se que são os utentes que residem em comunidade que percecionam melhor suporte social, tendo o valor

¹ Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1999).

global revelado uma satisfação intermédia de suporte social. De referir também que são os utentes institucionalizados que têm uma perceção de satisfação com a família mais elevada.

Num estudo realizado por Corrigan e Phelan (2004), que objetivou analisar a relação entre medidas objetivas e subjetivas de apoio social com a recuperação de doença mental grave, concluiu que as pessoas que tinham maior tamanho de rede social e mais satisfação com a mesma, obtiveram fatores mais elevados na recuperação da sua doença.

Guterres (2001), efetuou um estudo que pretendeu verificar se existiam diferenças no suporte social e qualidade de vida em 162 doentes mentais crónicos que frequentavam um programa sócio ocupacional e um programa de unidades de vida. Pelos resultados obtidos na ESSS, conclui-se que existem diferenças significativas entre o grupo de doentes mentais crónicos que frequenta um programa e o outro, no que diz respeito ao suporte social. De acrescentar ainda que, se verificou que o grupo de doentes que participava num programa residencial de unidades de vida, revelou mais satisfação com o suporte social prestado pelos vizinhos e pelos amigos do que o outro grupo que participava num programa sócio ocupacional. Contrariamente, na satisfação com as atividades sociais e família, são os indivíduos que frequentam os fóruns ocupacionais que apresentam maior satisfação. Tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas, concluiu-se que quanto mais elevada a idade menor satisfação com atividades sociais e que o tempo de internamento correlaciona-se com a satisfação com amigos e vizinhos.

Um estudo exploratório realizado por Rodrigues (2008), com 80 sujeitos com perturbação psiquiátrica, de um serviço de saúde, visou avaliar a perceção de satisfação com o suporte social destes indivíduos, tendo em conta as suas características sociodemográficas. Este estudo, utilizou a ESSS e a análise dos dados evidenciou diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre pessoas que praticam determinada religião e as que não praticam, sendo que as que praticam possuem uma maior perceção de suporte social. Relativamente à idade, verificou-se uma correlação negativa, mas não significativa, entre suporte social e idade, ou seja, depreende-se que à medida que a idade aumenta, menor será o valor do suporte social. Quanto ao estado civil, o estudo não encontrou quaisquer diferenças.

Macêdo et al. (2013) efetuou um estudo, com o objetivo de descrever e analisar a rede de apoio social de 17 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia de um Centro de Atenção Psicossocial. Pela análise da ESSS, concluiu-se que os participantes apresentam um nível médio de satisfação com o suporte social. A maioria demonstra satisfação com as atividades sociais e coisas que realizam com amigos, e com o tipo de amizades, no entanto gostariam de ser mais solicitados pelos mesmos. Além disso, encontram-se pouco satisfeitos com a quantidade de amigos que têm e com a quantidade de tempo que passam com os mesmos. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Bronowski e Zaluska (2008), o qual avaliou o sistema de apoio social em 92 indivíduos com doença mental crónica, que participam num programa de reabilitação em Varsóvia e concluíram que as suas redes são pequenas e são os terapeutas dos serviços de reabilitação que mais se destacam.

Portanto, a participação no programa de reabilitação melhora a quantidade e a qualidade dos sistemas de apoio social.

Outro estudo efetuado com 89 doentes mentais crônicos espanhóis que beneficiam de um Programa de Integração Social e Apoio Comunitário, avaliou os índices de qualidade de vida, apoio social percebido e deterioro psicossocial. Encontrou-se relação entre qualidade de vida, o apoio social oferecido pelo programa, o deterioro psicossocial e a situação laboral. Além disso, embora não estatisticamente significativas, encontram-se diferenças no apoio social, dado que os doentes que vivem sozinhos percebem um menor apoio social por parte do programa de que usufruem (Bayón et al., 2008).

Num estudo efetuado por Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar, Ferrer-García e Fernández-Dávila (2012) no Chile, descreveu-se a percepção de apoio e funcionamento social de 45 pacientes com esquizofrenia e dos seus cuidadores, e a sua relação com a qualidade de vida. Neste concluiu-se que tanto os pacientes, como os seus cuidadores apresentam uma percepção pobre de apoio social por parte de pessoas extrafamiliares, assim como uma fraca integração social.

Outro estudo, realizado por Marques (2011), com 47 indivíduos portadores de doença mental crónica teve como objetivo verificar a influência do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção de bem-estar subjetivo e de estados emocionais negativos. O valor global de suporte social e as suas dimensões “satisfação com amigos”, “intimidade”, “satisfação com a família” e “atividades sociais” correlacionam-se positivamente, a nível estatisticamente significativo com o bem-estar subjetivo. Desta forma, relativamente ao suporte social, demonstra-se que este está associado de modo teoricamente esperado, mostrando a importância dos fatores psicossociais na adaptação à doença mental crónica.

Pelas considerações apresentadas neste capítulo acerca do suporte social percebemos que esta é uma temática de relevo à qual se tem dado grande importância no âmbito da saúde, destacando-se a saúde mental. Assim, o suporte social parece ter efeitos na saúde, como por exemplo proteger os indivíduos sob condições de *stress* ou de patologia e auxiliar no processo de recuperação da doença. Consequentemente, a satisfação com o suporte social conduz a um aumento da autoestima e autoconfiança, satisfação com a vida e bem-estar.

II. Metodologia

Este capítulo inicia-se com a fundamentação e objetivos do estudo, seguidamente o desenho do estudo, bem como os objetivos a que nos propomos, a seleção da amostra, os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos e a caracterização da amostra. Em seguida, são descritos os instrumentos utilizados para a recolha de dados e o último ponto do capítulo foca-se nos procedimentos adotados tanto na recolha de dados, como nos procedimentos estatísticos para tratamento dos mesmos, onde se descreve o racional estatístico utilizado para o presente estudo empírico.

1. Fundamentação e Objetivos do Estudo

A literatura tem vindo a revelar que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades vigentes. O efeito devastador da doença mental pode gerar nos indivíduos a necessidade de suporte social, solidariedade e cuidados, através de um sistema de atenção da saúde mental (Roura, 2009). Neste sentido, torna-se necessária a adoção de estratégias que permitam que pessoas com doença mental crónica possam funcionar com satisfação e sucesso nos vários domínios da sua vida, visando o aumento da autonomia, realização pessoal e qualidade de vida e possibilitar a sua participação na comunidade onde estão inseridos, usufruindo de atividades facilitadoras da sua integração social (Afonso, 2010; Violante, 2012; De Lara & Monteiro, 2014).

Assim, torna-se fundamental identificar fatores que melhorem a satisfação com o suporte social para posterior desenvolvimento de estratégias de intervenção de modo a melhorar as condições de institucionalização durante o processo de reabilitação.

Partindo deste pressuposto e apesar dos poucos estudos e dados epidemiológicos existentes em Portugal propomo-nos estudar a satisfação com o suporte social em pessoas institucionalizadas, diagnosticadas com doenças mentais crónicas como Esquizofrenia e/ou Perturbação Bipolar, avaliando particularmente se este indicador se relaciona com alguns elementos sociodemográficos, clínicos e socio relacionais e explorando quais destes elementos predizem a satisfação com o suporte social.

Neste sentido, pretende-se:

(1) Avaliar a satisfação com o suporte social numa amostra com doentes mentais crónicos institucionalizados nas Casas de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus;

(2) Identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e socio relacionais que influenciem a satisfação com o suporte social;

(3) Explorar a influência de variáveis preditoras que contribuem para explicar a perceção de suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados.

2. Desenho do Estudo

Esta investigação trata-se de um estudo empírico e predominantemente exploratório, no qual se optou por uma metodologia quantitativa que pressupõe a quantificação de dados por meio de estatísticas padronizadas e a interpretação das mesmas, segundo análise estatística. É um estudo não experimental, visto que as variáveis não são controladas e descritivo, uma vez que o objetivo consiste em descrever as variáveis. Ou seja, o investigador não intervém e “(...) desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos nos sujeitos em estudo” (Pais-Ribeiro, 1999, p.41-42). O estudo é também correlacional, pois pretende verificar-se a existência de associação entre as diferentes variáveis. Por outras palavras, o objetivo consiste em avaliar a relação, associação ou correlação entre variáveis (Martins, 2011). Além de correlacional é preditivo dado que procura predizer os resultados de um fenómeno, analisando diferentes condições e prever os eventos e comportamentos do fenómeno (Marshall & Rossman, 1999 cit in Sousa & Baptista, 2011; Rodríguez & Cabrera, 2007). O estudo é do tipo transversal, uma vez que recolha de dados foi realizada num momento específico em cada uma das instituições, por recolha direta.

3. Amostra

3.1. Seleção

A amostra do presente estudo foi selecionada por conveniência, isto é, os elementos foram escolhidos por uma questão de conveniência (de acordo com os critérios estabelecidos) (Sousa & Baptista, 2011). É constituída por doentes de médio e longo internamento, de três estabelecimentos de saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, nomeadamente a Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), em Braga, a Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), na Guarda e a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), em Condeixa-a-Nova.

3.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os participantes que constituíram a amostra deste estudo cumpriram os seguintes critérios de inclusão: a) estar internados num dos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus; b) estar diagnosticado com Esquizofrenia ou com Perturbação Bipolar; c) saber ler e escrever; d) ter idade igual ou inferior a 65 anos²; e) estar internado por um período igual ou superior a 3 meses³.

² Optámos por estabelecer esta idade como limite, atendendo que a partir dos 65 anos de idade aumenta acentuadamente a prevalência de quadros demenciais, bem como de depressão (OMS, 2001).

³ O que se considera por regime de médio e longo internamento é um período superior a 90 dias (Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro).

Como critério de exclusão deliberou-se a não presença de comorbilidades no diagnóstico⁴.

3.3. Caracterização

A amostra é constituída por 60 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e/ou perturbação bipolar, distribuídas por três Casas de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, particularmente a Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), em Braga, Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), na Guarda e Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), de Condeixa-a-Nova⁵.

Os participantes que constituem esta amostra são na sua totalidade pessoas do sexo feminino, uma vez que a população-alvo inicial da obra hospitalar foi dar resposta às necessidades das mulheres portadoras de doenças mentais ou de doenças físicas, dando preferência às mais carenciadas (Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 2010).

A amostra é constituída por participantes com idades compreendidas entre 31 e 65 anos ($M = 50.47$; $DP = 9.142$).

No que diz respeito ao estado civil, (39) 65% das participantes são solteiras, (5) 8.3% são casadas, (3) 5% são viúvas e (13) 21.7% são divorciadas.

Relativamente ao estatuto socioeconómico, grande parte das participantes pertence ao estatuto baixo (24) 40%, sendo que a restante amostra encontra-se no estatuto médio-baixo com (7) 11.7% da amostra, no estatuto médio (23) 38.3%, no estatuto médio-alto (3) 5% e alto (3) 5%.

No que concerne à escolaridade das participantes do estudo, (14) 23.3% das pessoas concluíram o 1º ciclo, (11) 18.3% o 2º ciclo e (13) 21.7% o 3º ciclo. Remetendo para os ciclos de estudo mais avançados, (10) 16.7% das participantes terminaram o ensino secundário e (12) 20% o ensino superior.

Quanto ao número de filhos, grande parte da amostra não tem filhos (38) 63.3%, (10) 16.7% da amostra têm um filho, (9) 15.0% tem dois filhos, (2) 3.3% tem três filhos e (1) 1.7% tem cinco filhos.

No que diz respeito ao diagnóstico das participantes, (48) 80% da amostra tem o diagnóstico de esquizofrenia e (12) 20% o diagnóstico de perturbação bipolar.

Relativamente ao número de anos com o diagnóstico, a média da amostra é de 22.01 anos. Analisando por classes, (12) 20% da amostra está diagnosticada há menos de 12 anos, (18) 30% estão diagnosticadas num período compreendido entre 13 e 21 anos, (12) 20% têm o número de anos de diagnóstico entre 22 e 30 anos, (13) 21.7% entre 31 e 38 anos e (5) 8.3% das pessoas estão diagnosticadas há mais de 39 anos.

⁴ De acordo com Sprangers et al. (2000), a presença de comorbilidades parece afetar a qualidade de vida dos doentes, tanto no funcionamento físico como mental.

⁵ A recolha incidiu nestas três Casas de Saúde pelos seguintes motivos: na CSBM pela proximidade e disponibilidade na recolha de dados e na CSBJ e CSRSI porque demonstraram receptividade e se disponibilizaram para colaborar neste estudo.

Do total das 60 participantes deste estudo, (27) 45% das pessoas residem na Casa de Saúde Bom Jesus, (15) 25% reside na Casa de Saúde Bento Menni e (18) 30% reside na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel.

No que diz respeito ao número de meses de internamento na instituição, a média da amostra é de 100.82 meses de internamento, o que corresponde a aproximadamente 8 anos e meio. Analisando por classes, (5) 8.3% da amostra encontra-se internada num período igual ou inferior a 12 meses, (30) 50% num período de 13 a 90 meses, (10) 16.7% num período entre 91 e 168 meses, (12) 20% num período entre 169 e 246 meses, e por último (3) 5% encontra-se com o internamento cuja duração é superior a 247 meses.

No domínio da perceção de saúde, (4) 6.7% da amostra considera a sua saúde péssima, (12) 20.0% má, (31) 51.7% razoável, (9) 15.0% boa e (4) 6.7% ótima.

Relativamente à frequência de visitas, (4) 6.7% da amostra não recebe visitas, (14) 23.3% recebe visitas anualmente, (21) 35.0% recebe visitas mensalmente, (4) 6.7% recebe visitas quinzenalmente e (17) 28.3% das participantes recebe visitas semanalmente.

Referente às saídas da instituição, (20) 33.3% da amostra não costuma sair da instituição e (40) 66.7% costuma sair da instituição.

No que concerne à participação em atividades de convívio, proporcionadas pelas instituições, (7) 11.7% da amostra não participa nas atividades de convívio e de grupo proporcionadas pela instituição, enquanto que (53) 88.3% participa nas mesmas.

Na participação em atividades de cariz religioso, (10) 16.7% das pessoas não participa e (50) 83.3% participa nessas atividades.

Relativamente ao facto de passarem muito tempo sozinhas, (38) 63.3% da amostra menciona que não e (22) 36.7% refere que sim.

Quanto à satisfação com a comunidade, (7) 11.7% da amostra refere não estar satisfeita com a comunidade e (53) 88.3% menciona estar satisfeita com a mesma.

No que concerne à perceção de felicidade, (31) 51.7% da amostra refere que não se sente feliz, opostamente aos (21) 48.3% de participantes que se sentem felizes.

Assim, pela análise da Tabela 1, onde estão resumidos os dados acima referidos, podemos concluir que, o perfil sociodemográfico das participantes deste estudo se caracteriza essencialmente por serem maioritariamente solteiras, com idade média de 50 anos, com estatuto socioeconómico baixo, com o 1º ciclo de escolaridade como habilitações literárias e sem filhos.

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas, clínicas e socio relacionais da amostra

Idade	Média	50.47	
	Desvio Padrão	9.142	
	Mínimo	31	
	Máximo	65	
Estado Civil		N	%
	Solteiro(a)	39	65.0
	Casado(a)	5	8.3
	Viúvo(a)	3	5.0
	Divorciado(a)	13	21.7

		N	%
Estatuto Socioeconómico	Baixo	24	40.0
	Médio-Baixo	7	11.7
	Médio	23	38.3
	Médio-Alto	3	5.0
	Alto	3	5.0
Escolaridade		N	%
	1º Ciclo	14	23.3
	2º Ciclo	11	18.3
	3º Ciclo	13	21.7
	Ensino Secundário	10	16.7
	Ensino Superior	12	20.0
Número de filhos		N	%
	0	38	63.3
	1	10	16.7
	2	9	15.0
	3	2	3.3
	5	1	1.7
Diagnóstico		N	%
	Esquizofrenia	48	80.0
	Perturbação Bipolar	12	20.0
Número de anos com diagnóstico	Média	22.01	
	Desvio padrão	11.565	
		N	%
	≤12	12	20.0
	13-21	18	30.0
	22-30	12	20.0
	31-38	13	21.7
	≥39	5	8.3
Instituição		N	%
	CSBJ	27	45.0
	CSBM	15	25.0
	CSRSI	18	30.0
Número de meses de internamento	Média	100.82	
	Desvio padrão	77.779	
		N	%
	≤12	5	8.3
	13-90	30	50.0
	91-168	10	16.7
	169-246	12	20.0
	≥247	3	5.0
Perceção do Estado de Saúde		N	%
	Péssima	4	6.7
	Má	12	20.0
	Razoável	31	51.7
	Boa	9	15.0
	Ótima	4	6.7
Frequência de Visitas		N	%
	Não recebe	4	6.7
	Anualmente	14	23.3
	Mensalmente	21	35.0
	Quinzenalmente	4	6.7
	Semanalmente	17	28.3
Saídas da Instituição		N	%
	Não	20	33.3
	Sim	40	66.7
Participação em Atividades de Convívio		N	%
	Não	7	11.7
	Sim	53	88.3
Participação em Atividades Religiosas		N	%
	Não	10	16.7
	Sim	50	83.3
Tempo Sozinha		N	%
	Não	38	63.3
	Sim	22	36.7
Satisfação com a		N	%

Comunidade	Não	7	11.7
	Sim	53	88.3
Perceção de Felicidade	Não	N	%
	Sim	31	51.7
		29	48.3

4. Instrumentos

4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico permite obter dados para uma descrição completa de uma amostra. Este questionário foi elaborado pelas investigadoras e contém questões do tipo misto (variáveis independentes), nomeadamente questões de resposta aberta, questões de resposta fechada, bem como questões de resposta semifechada, com possibilidade de indicações complementares.

O questionário é constituído por questões sociodemográficas, clínicas e sócio relacionais. Contém questões relativas à idade (número de anos), ao género (homem ou mulher), ao estado civil (solteiro(a), casado(a), viúvo(a), união de facto, divorciado(a) e separado), ao estatuto socioeconómico (baixo, médio-baixo, médio, médio-alto, alto), à escolaridade (não sabe ler nem escrever, 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, ensino secundário, ensino superior), diagnóstico, há quanto tempo foi diagnosticada/o, área de residência, instituição, tempo de institucionalização, frequência com que recebe de visitas, frequência de saídas da instituição, presença de doença psicológica em familiares, participação em atividades, ideologia religiosa, satisfação com o grupo/comunidade, realização de tarefas de higiene pessoal, controlo de impulsos agressivos, perceção de felicidade e perceção do estado de saúde (cf. Anexo 1).

4.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), tem como objetivo avaliar o grau de satisfação com o suporte social dos participantes, relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais.

No que concerne à classificação do instrumento utilizado, de acordo com Siqueira (2008), trata-se de um instrumento que avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, isto é, foca-se no grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe prestarem suporte.

Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo *Likert*, com cinco posições, nomeadamente “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. Avalia quatro dimensões ou fatores, com valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) que variam entre 0.64 e 0.83, sendo o valor para a escala global de 0.85, o que revela uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999).

A primeira dimensão, denominada de “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem (por exemplo, item 15-“Estou satisfeito como tipo de amigos que tenho”). Inclui cinco itens (3, 12, 13, 14 e 15) que têm uma consistência interna de 0.83, sendo este valor significado de uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999).

A segunda dimensão diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6 - “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”). Engloba quatro itens (1, 4, 5 e 6) que têm uma consistência interna de 0.74. Apesar de este valor ser inferior a 0.80 considera-se que esta dimensão tem uma consistência interna aceitável devido ao facto de apresentar poucos itens (Pais-Ribeiro, 1999).

A terceira dimensão, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação como suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9 - “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”). Abarca três itens (9, 10 e 11), que têm uma consistência interna de 0.74. Esta dimensão, tal como a anterior tem uma consistência interna boa, dado que ainda tem menos itens do que a anterior (Pais-Ribeiro, 1999).

A última dimensão denomina-se “atividades sociais” (AS) e mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7 - “Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”). Inclui três itens (2, 7 e 8) que têm uma consistência interna de 0.64. A consistência interna considera-se aceitável para valores acima de 0.60 quando o número de itens do fator é baixo (Pais-Ribeiro, 1999).

No que diz respeito à validade do instrumento, foi efetuado o cálculo da validade discriminante e da validade concorrente. A primeira verifica-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence, por comparação com a correlação desse mesmo item com a escala a que não pertence. Verifica-se que este índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. A validade concorrente foi examinada, comparando a escala com medidas de saúde e bem-estar e com medidas de mal-estar, verificando-se que a ESSS está associada a medidas de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar (Pais-Ribeiro, 1999).

O resultado global resulta da soma da totalidade dos itens e o resultado de cada dimensão resulta da soma dos itens que pertencem a cada uma das dimensões. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados com “A” e “5” aos itens assinalados com “E”. Todavia, são exceções os itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, nos quais o valor “1” é atribuído aos itens assinalados com “E” e o valor “5” aos itens assinalados com “A”. A pontuação global da escala pode variar entre 15 (15×1) e 75 (15×5), sendo que a pontuação mais elevada corresponde a uma maior percepção de suporte social. (Pais-Ribeiro, 1999).

Segundo Baptista et al. (2006), a pontuação da escala foi dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alto, médio e baixo suporte social. Ou seja, alto

suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e, baixo suporte social (até 25 pontos).

A autorização para a utilização deste instrumento de recolha de dados validado para a população portuguesa foi fornecida pelo respetivo autor, Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro (cf. Anexo 2).

Para avaliar a confiabilidade do instrumento ESSS na nossa amostra, verificámos o *Alfa de Cronbach* da escala total. Constatámos que a ESSS, no nosso estudo, tem um *Alfa de Cronbach* de 0.701 (cf. Tabela 2), sendo este valor, de acordo com Nunally (1978, cit in Marôco & Garcia-Marques, 2006), indicativo de que o instrumento tem uma confiabilidade apropriada e razoável (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 2. Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social através do *Alpha de Cronbach*

<i>Alpha de Cronbach</i>	
Escala de Satisfação com o Suporte Social	.701

5. Procedimentos

5.1. Aspetos Éticos

Ao longo do estudo foram tidos em conta e cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia. Sendo que no cumprimento dos princípios éticos foram efetuadas as seguintes diligências:

1) Desenvolvimento e proposta do estudo - num primeiro momento foi solicitada a autorização legal do autor do instrumento a utilizar na investigação, nomeadamente ao Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro. Após obtida a autorização do autor, foi estabelecido o contacto com a Casa de Saúde Bento Menni, particularmente com a Psicóloga Clínica da mesma, que posteriormente contactou e deu a conhecer esta investigação aos Diretores Clínicos da Casa de Saúde Bom Jesus e da Casa de Saúde Rainha Santa Isabel. Após avaliação do projeto de investigação o mesmo foi autorizado (Comissão de Ética da CSBM, onde consta a aprovação deste estudo na Ata n.º 12 do dia 12/12/2014, cf. Anexo 3).

2) Condução do estudo - no decorrer de todo o processo procurou-se assegurar: a) a participação informada: onde foi facultado de forma oral e através de um documento escrito, o propósito e significado da investigação e o papel dos participantes na mesma; b) garantia da confidencialidade: a confidencialidade foi assegurada através da atribuição de um número de código ao protocolo de investigação, de modo a que os sujeitos não pudessem ser identificados; c) garantia da participação voluntária: foi igualmente assegurada a participação voluntária dos participantes, e que se caso decidissem participar poderiam

desistir em qualquer momento e por qualquer motivo sem que por isso fossem prejudicados; e d) assegurada a capacidade de consentimento: todos os participantes preencheram um consentimento informado, sendo que este documento descrevia os objetivos, duração, metodologia utilizada no estudo e a afiliação institucional dos investigadores. A informação que constava neste documento era explicada oralmente, de modo a que qualquer dúvida que surgisse fosse esclarecida e quando os participantes não apresentavam dúvidas acerca dos procedimentos de investigação era-lhes solicitada a sua colaboração, formalizada por meio da assinatura do Consentimento Informado.

5.2. Procedimento de Recolha de Dados

Após a obtenção da aprovação, o recrutamento dos participantes foi efetuado pela técnica de amostragem não probabilística, por conveniência nas Instituições. Desta forma, o estudo iniciou-se com a identificação dos doentes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão, sendo os mesmos sinalizados pelos enfermeiros, médicos e psicólogos das Instituições.

Em seguida, estabeleceu-se o contacto com cada uma das Instituições a fim de agendar o momento adequado para a recolha de dados de forma a não prejudicar o funcionamento habitual das atividades assistenciais dos doentes. Previamente, a cada uma das Instituições, foi enviado o protocolo de investigação a aplicar, juntamente com o consentimento informado, bem como o protocolo de estudo efetuado de acordo com o MOD.187.01 do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, onde consta uma breve explicação da investigação.

Posto isto, foi facultado um espaço destinado para a recolha de dados junto dos doentes, onde individualmente foi abordada cada participante e explicada a natureza e o objetivo do estudo. Após garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos e após a reflexão de cada participante em decidir participar, era-lhes solicitado que assinassem um formulário de consentimento informado (cf. Anexo 4).

Após os participantes terem sido informados e terem assinado o consentimento informado, procedeu-se a realização da recolha de dados, começando pelo questionário sociodemográfico e seguidamente a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

A recolha de dados foi efetuada pela própria investigadora e decorreu entre janeiro e maio de 2015.

5.3. Procedimento de Tratamento de Dados

O tratamento dos dados foi realizado através de métodos de estatística descritiva e inferencial, por meio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

A base de dados de trabalho foi construída de raiz, contemplando todas as variáveis presentes no protocolo. Foi realizado, primeiramente, o tratamento de dados relativos à caracterização da amostra, em termos de variáveis sociodemográficas, clínicas e socio relacionais e de seguida procedeu-se ao tratamento dos dados referentes ao cálculo do total

da escala utilizada, bem como das suas dimensões e verificada a consistência e a sua normalidade. Posteriormente foi feita a análise de relações entre variáveis e exploração de variáveis preditoras. Seguem-se os procedimentos estatísticos adotados.

Estimou-se a consistência interna da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) recorrendo à estatística *Reability Analysis*, calculando o *Alfa de Cronbach*. Este índice calcula o quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, com valores que variam entre 0 e 1. Este valor é conhecido como a consistência interna da escala (Cronbach, 1951). Um *Alpha de Cronbach* superior a 0.90 é considerado muito bom, entre 0.80 e 0.90 é considerado bom, entre 0.70 e 0.80 é classificado como razoável, entre 0.60 e 0.70 fraco e entre 0.60 e 0.50 considerado mau, sendo recomendado que os investigadores sejam cautelosos nas conclusões que retiram quando o *Alpha* se situa neste intervalo (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Primeiramente foram efetuadas as análises estatísticas descritivas, para o cálculo das medidas de tendência central (ou de localização), uma vez que estas procuram caracterizar o valor da variável em estudo que ocorre com maior frequência, resumindo os dados (Marôco & Bispo, 2005; Marôco, 2007). Assim, optou-se por determinar a média (*M*). Para o estudo das medidas de dispersão, ou seja, medidas que apresentam a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou da amostra (Marôco, 2007), optou-se por utilizar o desvio padrão (*DP*).

Em seguida, prosseguimos para a análise inferencial que nos permite retirar conclusões sobre a população estudada tendo por base os resultados obtidos na amostra recolhida, por meio de um processo de inferência estatística (Martins, 2011).

Procedeu-se ao teste da normalidade *Kolmogorov-Smirnov*, sendo este utilizado para decidir se a distribuição da variável em estudo numa dada amostra resulta de uma população com uma distribuição específica (Marôco, 2007). Assim, este teste foi usado para a variável dependente satisfação com o suporte social de modo a verificar se esta variável segue uma distribuição normal na amostra. Os valores de *p* foram superiores a 0.05, assumindo-se a normalidade desta variável.

Recorreu-se ao uso de medidas de associação que quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis. Assim, as medidas de associação, também denominadas por coeficientes de correlação medem somente a associação entre variáveis sem qualquer implicação de causa e efeito entre ambas (Marôco, 2007). Particularmente, para este estudo utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* que mede a intensidade/magnitude (variando entre +1 e -1) e a direção da associação (positiva ou negativa) de tipo linear entre duas (ou mais) variáveis intervalares (Marôco, 2007; Martins, 2011). Segundo Marôco (2011), no que diz respeito à intensidade, consideramos que as correlações são: fracas quando o valor de *r* é < 0.25 ; moderadas quando o valor de *r* se localiza entre um valor ≤ 0.25 e < 0.50 ; fortes quando o valor de *r* se localiza entre um valor ≤ 0.50 e < 0.75 ; e por fim, muito fortes quando o valor de *r* é ≥ 0.75 .

Posto isto, foi feito o uso da análise de Regressão Linear Múltipla, de modo a encontrar as variáveis sociodemográficas, clínicas ou socio relacionais que predizem a satisfação com o suporte social em doentes mentais crônicos institucionalizados. Esta análise define-se por um “conjunto vasto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes (ou preditoras)” (Marôco, 2007, p. 561). Portanto, a regressão linear foi usada para modelar a relação funcional entre duas variáveis (que pode ser expressa por meio de uma função matemática), independentemente de existir ou não uma relação causa-efeito.

A seleção de variáveis a incluir no modelo de Regressão Linear Múltipla foi feita no modo *Stepwise* e *Backward*. O modelo proposto permite prever a satisfação com o suporte social (global) em função das variáveis satisfação com a comunidade e a percepção de felicidade. Analisaram-se os pressupostos do modelo nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. A distribuição normal dos erros foi validada com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, a homogeneidade dos erros foi validada graficamente e a independência dos erros foi validada com estatística de Durbin-Watson ($d=2,403$) como descrito em Marôco (2011). Utilizou-se a tolerância e o fator de inflação da variância para diagnosticar a multicolinearidade.

III. Resultados

Após a introdução dos dados recolhidos no programa *IBM® SPSS Statistics*, versão 21.0 e após os tratamentos estatísticos necessários para analisar os objetivos a que nos propusemos procedeu-se à descrição dos resultados encontrados. Para tal, foi analisado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (KS) de forma a averiguar se a variável em estudo apresenta uma distribuição normal.

De modo a apurar se a variável em estudo satisfação com o suporte social segue uma distribuição normal na amostra, foi realizado o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* (com a correção de Lilliefors).

Tabela 3. Teste da normalidade *Kolmogorov-Smirnov* para a Satisfação com o Suporte Social

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatística	df	Sig.
Satisfação com o Suporte Social	.111	60	.066

Observando a Tabela 3, verificamos que na variável satisfação com o suporte social o valor de p é superior a 0.05 ($p > 0.05$). Este valor permite-nos aceitar a hipótese de que a distribuição desta variável é aproximadamente normal. Assim, a variável satisfação com o suporte social segue uma distribuição normal na amostra em estudo, sendo por isso adequado o recurso a testes paramétricos.

1. Satisfação com o Suporte Social

De modo a avaliar a satisfação com o suporte social dos doentes mentais crónicos, recorreu-se à descrição da média e do desvio padrão da Escala de Satisfação com o Suporte Social e das diferentes dimensões avaliadas por esta. Na Tabela 4, são apresentados estes cálculos.

Tabela 4. Descrição da perceção de satisfação com o suporte social da amostra

	Escala de Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades sociais
Média	49.95	17.03	13.00	11.18	8.73
Desvio-padrão	8.632	4.345	3.746	2.965	2.67
Mínimo	15	5	4	3	3

Máximo	75	25	20	15	15
Total de indivíduos	60	60	60	60	60

Verifica-se para o total da amostra que a perceção de satisfação com o suporte social é de 49.95, tendo um desvio de, aproximadamente, 9 pontos. Estes valores, indicam, de uma forma geral, que a perceção de satisfação com o suporte social para estes participantes é superior à média da escala.

Os valores médios de cada dimensão da escala também são relativamente altos, comparativamente ao máximo de cada um deles, como se pode verificar na Tabela 4.

Após obtermos a resposta ao primeiro objetivo, pretendemos seguidamente identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e socio relacionais que influenciem a satisfação com o suporte social. Apresentamos em seguida os respetivos resultados encontrados.

2. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e a Satisfação com o Suporte Social

Primeiramente, começamos por averiguar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social e algumas variáveis sociodemográficas do questionário aplicado às participantes. Nomeadamente, idade, estado civil, estatuto socioeconómico, escolaridade e número de filhos.

Na Tabela 5 encontram-se as correlações efetuadas entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas acima referidas.

Tabela 5. Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas

		Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades Sociais
Idade	Correlação	.008	-.113	.109	-.089	.153
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.954	.392	.408	.500	.243
Estado Civil	Correlação	.126	.090	.212	-.061	.030
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.338	.494	.103	.643	.820
Estatuto Socioeconómico	Correlação	.008	.041	.126	-.022	-.194
	Pearson					

	Sig. (2 extremidades)	.953	.754	.337	.867	.138
Escolaridade	Correlação Pearson	.071	.043	.202	-.004	-.119
	Sig. (2 extremidades)	.588	.742	.121	.974	.365
Número de Filhos	Correlação Pearson	.059	.044	.035	.115	-.058
	Sig. (2 extremidades)	.657	.739	.792	.383	.657

Os dados expressos na Tabela 5 permitem verificar que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a idade ($r = 0.008$, $p = 0.954$). Em nenhum dos domínios avaliados se encontrou uma relação, pois todos apresentam uma significância superior a 0.05 (SA: $r = -0.113$, $p = 0.392$; IN: $r = 0.109$, $p = 0.408$; SF: $r = -0.089$, $p = 0.500$; AS: $r = 0.153$, $p = 0.243$). O mesmo acontece em relação ao estado civil ($r = 0.126$, $p = 0.338$) e domínios da ESSS (SA: $r = 0.090$, $p = 0.494$; IN: $r = 0.212$, $p = 0.103$; SF: $r = -0.061$, $p = 0.643$; AS: $r = 0.030$, $p = 0.820$); em relação ao estatuto socioeconómico ($r = 0.008$, $p = 0.953$) e domínios da ESSS (SA: $r = 0.041$, $p = 0.754$; IN: $r = 0.126$, $p = 0.337$; SF: $r = -0.022$, $p = 0.867$; AS: $r = -0.194$, $p = 0.138$); em relação à escolaridade ($r = 0.071$, $p = 0.588$) e domínios da ESSS (SA: $r = 0.043$, $p = 0.742$; IN: $r = 0.202$, $p = 0.121$; SF: $r = -0.004$, $p = 0.974$; AS: $r = -0.119$, $p = 0.365$); e por último, em relação ao número de filhos ($r = 0.059$, $p = 0.657$) e domínios da ESSS (SA: $r = 0.044$, $p = 0.739$; IN: $r = 0.035$, $p = 0.792$; SF: $r = 0.115$, $p = 0.383$; AS: $r = -0.058$, $p = 0.657$).

Resumidamente, não se verificam relações estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas analisadas.

3. Relação entre as Variáveis Clínicas e a Satisfação com o Suporte Social

Seguidamente, consideramos importante averiguar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social e algumas variáveis clínicas do questionário aplicado às participantes. Particularmente, o tempo de institucionalização (em meses) e a perceção do estado de saúde.

Na Tabela 6 encontram-se as correlações efetuadas entre a satisfação com o suporte social e as variáveis clínicas acima mencionadas.

Tabela 6. Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis clínicas

		Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades Sociais
Tempo de Institucionalização	Correlação	.109	-.019	.039	.114	.204
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.405	.883	.770	.387	.118
Percepção de Estado de Saúde	Correlação	.269*	.244	-.019	.178	.302*
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.037	.061	.885	.173	.019

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

No âmbito das variáveis clínicas, os resultados encontrados evidenciam que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e o tempo de institucionalização ($r = 0.109$, $p = 0.405$). Em nenhum dos domínios avaliados se encontrou relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e o tempo de institucionalização, pois todos apresentam uma significância superior a 0.05 (SA: $r = -0.019$, $p = 0.883$; IN: $r = 0.039$, $p = 0.770$; SF: $r = 0.114$, $p = 0.387$; AS: $r = 0.204$, $p = 0.118$). Contudo, os resultados obtidos evidenciam que há uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a variável clínica percepção do estado de saúde ($r = 0.269$, $p = 0.037$). Isto significa que maior satisfação com o suporte social está associada a maior percepção do estado de saúde. Relativamente aos domínios, verifica-se que há uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão atividades sociais e a variável clínica percepção do estado de saúde ($r = 0.302$, $p = 0.019$). Ou seja, maior satisfação com atividades sociais realizadas está associada a maior percepção do estado de saúde. Nos restantes domínios avaliados não se encontrou nenhuma relação (SA: $r = 0.244$, $p = 0.061$; IN: $r = -0.019$, $p = 0.885$; SF: $r = 0.178$, $p = 0.173$).

4. Relação entre as Variáveis Socio Relacionais e a Satisfação com o Suporte Social

Em seguida, consideramos pertinente averiguar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social, englobando as dimensões da escala e algumas variáveis socio relacionais incluídas no questionário aplicado às participantes. Nomeadamente, frequência de visitas, saídas da instituição, participação em atividades de convívio, participação em atividades religiosas, o tempo que passa sozinha, satisfação com a comunidade e a percepção de felicidade.

Na Tabela 7 encontram-se as correlações efetuadas entre a satisfação com o suporte social e as variáveis socio relacionais acima supracitadas.

Tabela 7. Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis socio relacionais

		Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades Sociais
Frequência de Visitas	Correlação	.238	.147	.134	.151	.173
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.067	.263	.309	.249	.185
Saídas da Instituição	Correlação	.235	.178	.209	.393**	-.257*
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.070	.174	.108	.002	.047
Participação Atividades de Convívio	Correlação	.198	.087	.070	.270*	.100
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.129	.508	.596	.037	.446
Participação em Atividades Religiosas	Correlação	.154	-.048	.313*	.119	.006
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.240	.713	.015	.365	.966
Tempo Sozinha	Correlação	-.080	-.086	-.140	.058	.011
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.541	.513	.287	.658	.932
Satisfação com a Comunidade	Correlação	.441**	.376**	.321*	.146	.198
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.000	.003	.012	.265	.129
Percepção de Felicidade	Correlação	.349**	.333**	.260*	.189	.009
	Pearson					
	Sig. (2 extremidades)	.006	.009	.045	.148	.944

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Os resultados encontrados indicam a inexistência de uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a frequência de visitas ($r = 0.238$, $p =$

0.167). Em nenhum dos domínios avaliados se encontrou relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a frequência de visitas, pois todos apresentam uma significância superior a 0.05 (SA: $r = 0.147$, $p = 0.263$; IN: $r = 0.134$, $p = 0.309$; SF: $r = 0.151$, $p = 0.249$; AS: $r = 0.173$, $p = 0.185$). O mesmo acontece com as saídas da instituição ($r = 0.235$, $p = 0.070$). No entanto, relativamente aos domínios, verifica-se que há uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão satisfação com a família e a variável socio relacional saídas da instituição ($r = 0.393$, $p = 0.002$). Ou seja, há medida que aumenta a satisfação com a família aumenta também as saídas da instituição. Verifica-se também que há uma correlação negativa significativa moderada entre a dimensão atividades sociais e a variável socio relacional saídas da instituição ($r = -0.257$, $p = 0.047$), o que significa que as variáveis evoluem no sentido inverso. Ou seja, há medida que aumenta a satisfação com atividades sociais diminui a variável saídas da instituição. Nos restantes domínios avaliados não se encontrou nenhuma relação (SA: $r = 0.178$, $p = 0.174$; IN: $r = 0.209$, $p = 0.108$).

Os resultados encontrados indicam a inexistência de uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a participação em atividades de convívio ($r = 0.198$, $p = 0.129$). Relativamente aos domínios, verifica-se que há uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão satisfação com a família e a variável socio relacional participação em atividades de convívio ($r = 0.270$, $p = 0.037$). Ou seja, maior satisfação com a família está associada a maior participação em atividades de convívio. Nos restantes domínios avaliados não se encontrou nenhuma relação (SA: $r = 0.087$, $p = 0.508$; IN: $r = 0.070$, $p = 0.596$; AS: $r = 0.100$, $p = 0.446$). Também na participação em atividades religiosas não se encontrou nenhuma relação desta com a satisfação com o suporte social ($r = 0.154$, $p = 0.240$). Contudo, relativamente aos domínios, verifica-se que há uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão intimidade e a variável socio relacional participação em atividades religiosas ($r = 0.313$, $p = 0.015$). Assim, maior perceção de suporte íntimo está associada a maior participação nas atividades religiosas. Nos restantes domínios não se verificou nenhuma relação (SA: $r = -0.048$, $p = 0.713$; SF: $r = 0.119$, $p = 0.365$; AS: $r = 0.006$, $p = 0.996$).

Relativamente ao tempo que passa sozinha também não se encontrou uma relação estatisticamente significativa desta com a satisfação com o suporte social ($r = -0.080$, $p = 0.541$) e com os domínios da ESSS (SA: $r = -0.086$, $p = 0.513$; IN: $r = -0.140$, $p = 0.287$; SF: $r = 0.058$, $p = 0.658$; AS: $r = 0.011$, $p = 0.932$). Por sua vez, verificou-se uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a variável socio relacional satisfação com a comunidade ($r = 0.441$, $p = 0.000$). Isto significa que maior satisfação com o suporte social está associada a maior satisfação com a comunidade. Relativamente aos domínios, podemos ainda confirmar que há uma correlação positiva significativa moderada entre as dimensões satisfação com amigos e intimidade (mede a perceção da existência de suporte social íntimo) e a variável socio relacional satisfação com a comunidade ($r = 0.376$, $p = 0.003$; $r = 0.321$, $p = 0.012$, respetivamente). Assim, estes resultados significam que maior satisfação com amigos e perceção de suporte social íntimo estão associados a maior satisfação

com a comunidade. Nos restantes domínios avaliados não se encontrou nenhuma relação (SF: $r = 0.146$, $p = 0.265$; AS: $r = 0.198$, $p = 0.129$).

Ainda no âmbito das variáveis socio relacionais, os resultados obtidos foram de que há uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a variável socio relacional percepção de felicidade ($r = 0.349$, $p = 0.006$). Assim, maior satisfação com o suporte social está associada a maior percepção de felicidade. Relativamente aos domínios, podemos apurar que há uma correlação positiva significativa moderada entre as dimensões satisfação com amigos e intimidade e a variável socio relacional percepção de felicidade ($r = 0.333$, $p = 0.009$; $r = 0.260$, $p = 0.045$, respetivamente). Deste modo, os resultados obtidos indicam que maior satisfação com amigos e percepção de suporte social íntimo estão associados a maior percepção de felicidade. Nos restantes domínios avaliados não se encontrou qualquer relação (SF: $r = 0.189$, $p = 0.148$; AS: $r = 0.009$, $p = 0.944$).

5. Preditores da Satisfação com o Suporte Social

De forma a explorar a influência de variáveis que contribuem para explicar a percepção de suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados, recorreu-se à análise de Regressão Linear Múltipla, onde se utilizaram como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas, clínicas e socio relacionais, sendo que a variável dependente é a satisfação com o suporte social (global).

O modelo de Regressão Linear Múltipla requer a verificação de um conjunto de pressupostos que validem a sua utilização. Como tal, passamos a validar cada um deles para esta Regressão Linear Múltipla entre variáveis independentes e a variável dependente satisfação com o suporte social.

Em primeiro lugar vamos analisar a normalidade dos resíduos.

Tabela 8. Estudo da normalidade dos resíduos

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>		
	Estatística	df	Sig.
Resíduos não padronizados	.112	60	.059

Para analisar este pressuposto fez-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (com a correção de Lilliefors) e com base no *p-value* conclui-se que os resíduos apresentam distribuição normal.

Seguidamente apresentamos o gráfico de normalidade dos resíduos.

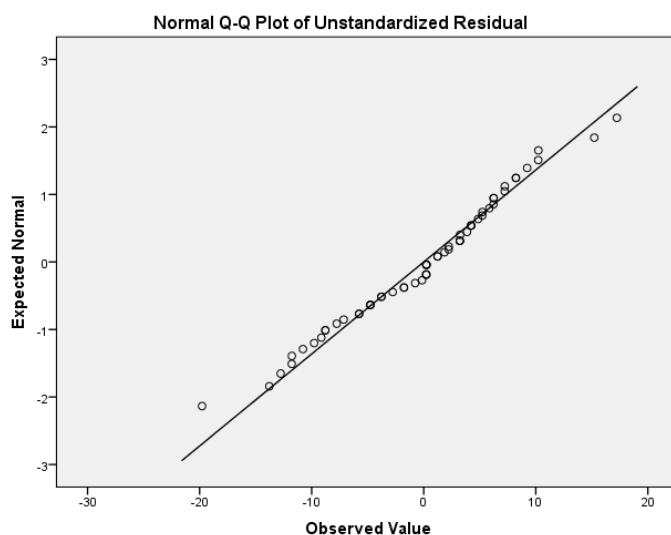


Figura 1. Normalidade dos resíduos

Pela análise do gráfico de normalidade (cf. Figura 1) também se verifica que as observações dos resíduos não padronizados se dispõem à volta desta de forma oblíqua e horizontal, indicando a não violação da normalidade.

Seguidamente vamos averiguar o pressuposto da homocedasticidade, que nos certifica a variância constante dos resíduos. Observando a Figura 2, podemos verificar que se apresenta uma distribuição aleatória à volta de uma linha horizontal “imaginária” que passa em zero, o que indica existência de homocedasticidade (variância constante dos erros).

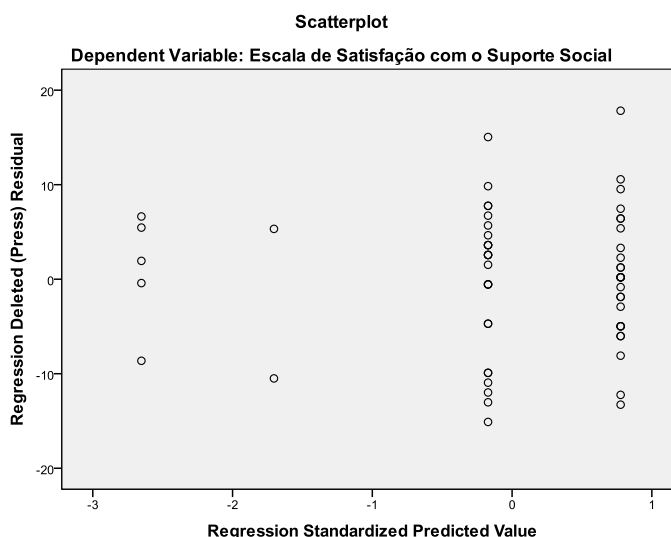


Figura 2. Homocedasticidade dos resíduos

Após a confirmação dos pressupostos anteriores, passamos agora ao seguinte pressuposto que diz respeito à independência dos erros. Este pressuposto foi validado com a estatística de Durbin-Watson. O valor de Durbin-Watson é $d = 2,4$. Marôco (2011) refere que

não existe autocorrelação entre os resíduos se $d \approx 2(\pm 0.4)$. O valor obtido neste teste encontra-se praticamente nesse intervalo, pode dizer-se por isso que os erros são independentes.

Por fim, falta averiguar se as variáveis independentes não são correlacionadas entre si, ou seja, verificar a existência de multicolinearidade (cf. Tabela 9). Assim, para fazer o diagnóstico da multicolinearidade recorreremos à tolerância e ao fator de inflação da variância (VIF). Analisando-se a tolerância das duas variáveis independentes verificamos então que estas são muito pouco determinadas uma pela outra, sendo que acima de 0.1 é considerada não existência de multicolinearidade. Além disso, dados os baixos valores de VIF (inferior a 5) em ambas as variáveis independentes, conclui-se que estas não são colineares.

Tabela 9. Análise da multicolinearidade das variáveis independentes

	Estatísticas de Colinearidade	
	Tolerância	VIF
Satisfação com a Comunidade	.979	1.021
Percepção de Felicidade	.979	1.021

Assim, após a análise dos pressupostos, a Regressão Linear Múltipla permitiu identificar a satisfação com a comunidade ($\beta = 10.633$, $t(57) = 3.504$; $p = 0.001$) e a percepção de felicidade ($\beta = 4.988$, $t(57) = 2.559$; $p = 0.013$) como preditores significativos da satisfação com o suporte social ($F(2,59) = 10.93$; $p < 0.001$). Em seguida, na Tabela 10 apresentamos os dados obtidos relativamente à significância do modelo de regressão.

Tabela 10. Significância do Modelo de Regressão Linear Múltipla

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos	df	Quadrado	F	Sig.
		Quadrados		Médio		
1	Regressão	1218.712	2	609.356	10.929	.000 ^b
	Resíduo	3178.138	57	55.757		
	Total	4396.850	59			

a. Variável Dependente: Satisfação com o Suporte Social

b. Preditores: (Constante), Satisfação com a Comunidade, Percepção de Felicidade

Seguidamente, observando a Tabela 11, referente aos coeficientes do modelo encontrado, constatamos que o facto de estar satisfeito com a comunidade fomenta um aumento de 10.633 no valor da satisfação com o suporte social. No mesmo sentido, o facto de ter percepção de felicidade fomenta um aumento de 4.988 no valor da satisfação com o suporte social. Também se conclui que a satisfação com a comunidade tem mais influência do que a percepção de felicidade na satisfação com o suporte social.

Tabela 11. Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	38.146	2.877		13.260	.000
1 Satisfação com a Comunidade	10.633	3.034	.399	3.504	.001
Perceção de Felicidade	4.988	1.949	.291	2.559	.013

Desta forma, de acordo com os valores obtemos a subsequente equação de regressão:

$$\text{Satisfação com o Suporte Social (global)} = 38.146 + 10.633 \text{ Satisfação com a Comunidade} + 4.988 \text{ Perceção de Felicidade}$$

Tabela 12. Modelo de Regressão Linear Múltipla

Sumário do Modelo ^b					
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	.526 ^a	.277	.252	7.46705	2.403

a. Preditores: (Constante), Satisfação com a Comunidade, Perceção de Felicidade

b. Variável Dependente: Satisfação com o Suporte Social

Pela análise da Tabela 12, observamos que as variáveis preditoras da satisfação com o suporte social são a satisfação com a comunidade e a perceção de felicidade. Neste modelo, 25.2% da satisfação com o suporte social é explicada com as variáveis satisfação com a comunidade e perceção de felicidade.

Assim, podemos concluir que quanto maior for a satisfação com a comunidade e a perceção de felicidade maior será a satisfação com o suporte social.

IV. Discussão

Uma vez finalizada a apresentação dos resultados, passamos à discussão dos mesmos, na qual são englobados aspetos importantes e que estão diretamente associados a conteúdos referidos no enquadramento teórico. De salientar que muitos dos resultados que passamos a apresentar devem ser lidos levando em consideração o enquadramento institucional do local onde a amostra foi obtida. O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus norteia a sua intervenção e prática assistencial de acordo com alguns princípios e valores, bem como pela prática de estratégias de reabilitação que, de alguma forma, podem ter influenciado os resultados obtidos.

Os resultados da avaliação da satisfação com o suporte social nos doentes mentais crónicos que fazem parte desta amostra, demonstraram que as pessoas questionadas têm uma satisfação média com o suporte social, uma vez que, Baptista et al. (2006) confirma a pontuação obtida, localizada entre 26 e 50 pontos, o que corresponde a um médio suporte social, quase no limite da transição para um alto suporte social. Segundo Lakey e Orehek (2011), os principais efeitos do suporte social na saúde ocorrem quando as pessoas com alto apoio social têm melhor saúde mental do que as que têm reduzido apoio, independentemente dos níveis de *stress*. A literatura evidencia ainda que estes doentes têm uma menor rede social do que pessoas sem doença mental, revelando um sistema fechado de relações (Pickens, 1999, cit in Chernomas & Clarke, 2003; Ornelas, 1996).

Relativamente às variáveis sociodemográficas analisadas no presente estudo não foi encontrada qualquer relação significativa entre **idade** e a satisfação com o suporte social. O que se verifica também no estudo de Rodrigues (2008), onde não foi encontrada esta relação. No entanto, Lopes (2011) encontrou uma correlação negativa e significativa no seu estudo, tendo concluído que há medida que aumenta a idade diminui a satisfação com o suporte social. Na nossa amostra, a não existência de uma relação com a idade poderá estar relacionada com o facto de a média de idade das participantes ser de cerca de 50 anos ($M = 50.47$), ou seja, estar muito concentrada na meia-idade.

Coelho e Pais-Ribeiro (2000), mencionam o **estatuto marital** como sendo um índice quase absoluto na dimensão do suporte social. Contudo, neste estudo não foi possível confirmar essa asserção, uma vez que não foi encontrada qualquer relação significativa entre o estado civil e a satisfação com o suporte social. Este resultado poderá advir da maioria das participantes ser solteira (65%). Numa revisão da literatura efetuada, verificou-se que as pessoas casadas ou em união de facto apresentam maior suporte social percebido e têm melhor saúde (Ornelas, 1994; Ramos, 2002), já os divorciados apresentam menores índices de suporte social e os solteiros níveis intermédios (Ornelas, 1994). Além disso, na nossa amostra existe também um elevado número de doentes divorciadas (21.7%), pelo que podem estar subjacentes dificuldades em termos do estabelecimento de relacionamentos sociais, também característicos da doença, que de algum modo, poderão influenciar a satisfação com o suporte social.

Ainda no domínio das variáveis sociodemográficas, nesta investigação não se encontrou uma relação significativa entre a satisfação com o suporte social e o **número de filhos** da pessoa. Este resultado foi também verificado em Lopes (2011), ou seja, o facto de se ter poucos filhos não interfere na satisfação com o suporte social. No entanto, é de destacar que grande parte das participantes da amostra (63.3%) não tem filhos, pelo que este resultado poderá influenciar a satisfação com o suporte social, dado que a literatura evidencia que os filhos são referidos como uma das principais fontes de suporte. Num estudo efetuado por Matsukura, Marturano e Oishi (2002) observou-se que os relacionamentos familiares são uma fonte de suporte importante, sendo que as fontes que mais se destacam são o cônjuge, os filhos e outros parentes próximos.

No que concerne ao **estatuto socioeconómico**, também não se encontrou nenhuma relação significativa deste com a satisfação com o suporte social. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de uma grande percentagem destas doentes pertencerem a um nível socioeconómico baixo (40%) e muitas vezes serem provenientes de contextos mais desfavorecidos e desestruturados, onde não existe suporte familiar e onde é frequente a existência de conflitos familiares. Vários estudos apontam o nível socioeconómico e a falta de suporte social muito associados à doença mental (Ruzzi-Pereira, 2007). Assim, parece que por estarem numa condição de pobreza, as pessoas têm menos oportunidades de receber suporte social (Canesqui & Barsaglini, 2012).

No que diz respeito à **escolaridade**, também neste estudo não se encontrou qualquer relação significativa com a satisfação com o suporte social. Da mesma forma, Guterres (2001) e Violante (2012) verificaram a inexistência de uma relação entre a escolaridade e o suporte social. Todavia, Lopes (2011) verificou que os doentes com maior escolaridade possuem maior satisfação com o suporte social. De acordo com Loureiro e Miranda (2010), níveis mais elevados de educação melhoram as aptidões para o acesso à informação e ao pensamento crítico. Desta forma, podemos constatar que os indivíduos com maiores habilitações literárias possuem maior informação e maior conhecimento dos recursos que têm à sua disponibilidade. Neri e Vieira (2013), referem que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior o envolvimento social dos indivíduos. Na nossa amostra a maioria das participantes refere possuir baixas habilitações literárias, como o 1º, 2º e 3º ciclo, sendo uma pequena minoria com habilitações mais elevadas. Os efeitos da doença mental crónica poderão ter influenciado a relação que as habilitações literárias poderiam ter na perceção de suporte social, dado que muitas das participantes apresentam além de baixos níveis de habilitações literárias alguns défices cognitivos devido à sua doença e ao tempo de internamento.

Remetendo para as variáveis clínicas, Holmes-Eber e Riger (1990), evidenciam que a frequência de **internamentos** e a duração dos mesmos em doentes mentais crónicos tem influência nos amigos e familiares, sendo que as suas redes sociais são reduzidas e portanto têm uma menor satisfação com o suporte social. Esta afirmação não se verificou no nosso estudo, dado que na análise da relação entre o tempo de institucionalização e a satisfação com o suporte social não se verificou uma relação significativa. Este resultado vai de encontro

ao de Violante (2012) onde os anos de internamento não se verificaram relacionados com a percepção de suporte social. As participantes da nossa investigação estão institucionalizadas num regime de médio e longo internamento, sendo que a média de anos de internamento é de 8 anos e meio. Neste sentido, muitas destas doentes que se mantêm na instituição por elevados períodos de tempo consideram que o seu núcleo social é composto principalmente por elementos da instituição, ou seja, por outros doentes institucionalizados e por profissionais, o que pode ajudar a compreender os resultados obtidos. No estudo efetuado por Guterres (2001), o tempo de internamento que decorreu desde o último internamento correlaciona-se positivamente com a satisfação com amigos e vizinhos. Assim, o suporte social é fundamental no processo de reabilitação tal como evidenciado por Bronowski e Zaluska (2008) em doentes que estiveram vários anos internados em hospitais psiquiátricos.

Está bastante evidenciado que a satisfação com o suporte social conduz a diversos benefícios associados à saúde. Kessler et al. (1985) e Ornelas (1996) nos seus estudos concluíram que a percepção de suporte social nos indivíduos tem resultados positivos tanto na saúde como na prevenção de doenças. Pais-Ribeiro (1999) afirma, que, de uma forma geral, todos os estudos acerca do suporte social mostram uma correlação forte entre suporte social e saúde. O presente estudo corrobora essa asserção. Encontrou-se uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a **percepção do estado de saúde**. Ou seja, há medida que aumenta a percepção do estado de saúde aumenta também a satisfação com o suporte social. O mesmo resultado verificou-se no estudo de Silva (2013), tendo concluído que idosos com maior satisfação com o suporte social apresentam uma melhor percepção da sua saúde. Esta ideia é concomitante com o estudo de Schwarzer e Lepin (1991), onde a má saúde é mais evidente entre as pessoas que têm falta de suporte social. De salientar que a percepção de saúde também se correlacionou de forma positiva e moderada com a dimensão atividades sociais. Assim, há medida que aumenta a percepção do estado de saúde aumenta também a satisfação com atividades sociais realizadas. Este resultado pode ser indicativo que há medida que aumenta a percepção do estado de saúde há um maior envolvimento nas atividades sociais que realizam e consequentemente maior satisfação com as mesmas.

Passando para as variáveis socio relacionais analisadas, relativamente à **frequência de visitas** não se encontrou qualquer relação com a satisfação com o suporte social e a frequência de visitas. Os resultados de Silva (2013), num estudo com idosos, vão ao encontro dos nossos resultados, uma vez que não se verificou uma relação entre a frequência de visitas e a satisfação com o suporte social. Este aspeto pode estar relacionado com o facto da maioria destas doentes receberem poucas visitas e da ocorrência das mesmas ser muito espaçada, muitas vezes mensalmente (35.0%) ou apenas uma vez por ano (23.3%) e/ou em momentos festivos. Assim, têm como elementos da sua rede social as pessoas presentes na instituição. Este aspeto vai ao encontro dos resultados obtidos por Violante (2012) que conferiu que a maioria dos participantes no seu estudo recebe visitas somente mensalmente ou anualmente, indicando assim a diminuição da sua rede de suporte. Neste sentido, o apoio

prestado pelos profissionais das instituições é fundamental para assegurarem a prestação de suporte social que os doentes internados necessitam.

As interações sociais, relacionadas com situações recreativas são inerentes ao suporte social (Barrera & Ainlay, 1983) e o lazer é considerado um fator promotor da saúde mental (Ponde & Caroso, 2003). O presente estudo verificou inexistência de uma relação entre a satisfação com o suporte social e as **saídas da instituição**. Porém, encontramos uma relação positiva com a satisfação com a família. Isto é, há medida que aumentam as saídas da instituição aumenta também a satisfação com a família. Este resultado pode advir das saídas ao exterior permitirem o contacto direto com os seus familiares. Verifica-se ainda que há uma correlação negativa entre as atividades sociais e as saídas da instituição, o que significa que há medida que aumenta a variável saídas da instituição diminui a satisfação com atividades sociais. Desta forma, o tipo de intervenções assistenciais desenvolvidas na instituição parecem ser mais gratificantes e adaptadas às suas competências do que provavelmente as atividades que realizam quando se encontram com os seus familiares fora da instituição. Destaca-se igualmente a cultura institucional assente nos valores hospitalares, os quais se focam nas práticas assistenciais e que, de algum modo distingue o modelo de intervenção e reabilitação destas instituições de saúde.

Segundo Bronowski e Zaluska (2008), a participação no programa de reabilitação melhora a quantidade e a qualidade dos sistemas de apoio social. Nesta investigação não se encontrou uma relação significativa entre a satisfação com o suporte social e a **participação em atividades de convívio ou de grupo** com fins reabilitadores, como por exemplo oficinas terapêuticas, quinta pedagógica, ginástica, grupos de dança e grupos de autorrepresentação, onde se promove o *empowerment*. Este resultado poderá estar relacionado com o facto da presença de algum deterioro devido à sua doença mental e que desta forma não permite às doentes retirar benefícios das atividades promotoras de envolvimento e interação social realizadas. Porém, encontrou-se uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão satisfação com a família e a variável socio relacional participação em atividades de convívio. Assim, há medida que aumenta a participação em atividades de convívio aumenta também a satisfação com a família. Desta forma, parece que as participantes ao estarem envolvidas em atividades relacionadas com situações recreativas, convívio e bem-estar ficam mais abstraídas, não expressando tanto a perceção da ausência da família.

Smolak et al. (2013), no seu estudo conclui que as **crenças religiosas** influenciam o tratamento de doentes com esquizofrenia, uma vez que temas religiosos estão positivamente associados com o confronto, adesão ao tratamento e procura de auxílio. No que concerne à participação em atividades religiosas, no presente estudo não se encontrou qualquer relação com a satisfação com o suporte social. No entanto, encontrou-se uma correlação positiva significativa moderada entre a dimensão intimidade e a participação em atividades religiosas. Portanto, há medida que aumenta a participação em atividades de cariz religioso aumenta também a perceção de suporte íntimo. Este resultado deve-se ao facto de indivíduos, durante situações de *stress* ou na presença de perturbações mentais, recorrerem à religião e à

espiritualidade como forma de suporte/apoio e consolo (Schuster et al., 2001; Bhavsar & Bhugra, 2008). De salientar que as instituições onde foi recolhida a amostra são de cariz religioso, pelo que as atividades religiosas são frequentes e a maioria das doentes da amostra (83.3%) participa nelas.

É conhecido que nas redes sociais mais restritas e reduzidas, as pessoas têm menos oportunidades de receber suporte, por estarem numa condição de isolamento social (Canesqui & Barsaglini, 2012). Os resultados encontrados no presente estudo não evidenciam uma relação significativa entre a satisfação com o suporte social e o tempo que a pessoa passa sozinha. Segundo Ornelas (1996), o suporte prestado por indivíduos e pela comunidade, quando realçam as potencialidades dos sujeitos e das famílias ao invés das suas dificuldades, quando se centram na saúde ao invés da doença, poderão contribuir para a redução do **isolamento social**. Além disso, nestas casas de saúde as atividades de reabilitação são estruturadas, têm horários definidos para a sua concretização e são realizadas com acompanhamento de profissionais, pelo que as doentes têm reduzidas oportunidades de estarem isoladas.

De acordo com Elvas e Moniz (2010) e Prezza e Constantini (1998), quanto maior o suporte social recebido, maior é a qualidade das relações sociais, autoestima, satisfação com a vida e, conseqüentemente, maior o sentimento de comunidade. Os resultados obtidos no nosso estudo vão ao encontro dos autores, uma vez que verificámos uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a **satisfação com a comunidade** onde a pessoa está inserida. Dito de outra forma, há medida que aumenta a satisfação com a comunidade aumenta a satisfação com o suporte social. Além disso, a satisfação com a comunidade revelou-se uma variável preditora da satisfação com o suporte social. Apurou-se também que há uma relação positiva significativa moderada entre as dimensões satisfação com amigos e intimidade e a satisfação com a comunidade. Assim, há medida que aumenta a satisfação com a comunidade aumenta também a satisfação com amigos e a perceção de suporte social íntimo. Segundo Gonçalves (2009), parece também haver uma relação entre o sentido de comunidade e a satisfação com a vida, sendo o suporte social mediador da relação (Gonçalves, 2009). O sentimento de pertença é considerado uma função do suporte social (Vaux, 1988, cit in Ornelas, 2008), ou seja, a integração numa comunidade e a satisfação com a mesma, pelo facto da partilha de interesses e atividades comuns (Weiss, 1974, cit in Ornelas, 2008). Desta forma, o facto de as participantes se sentirem satisfeitas com a comunidade onde estão inseridas revela que estas não se sentem estigmatizadas, nem excluídas socialmente devido à sua doença mental. Saliente-se, uma vez mais, o envolvimento e interação estabelecida entre estas instituições e as comunidades envolventes (e.g. projetos recreativos; saídas ao exterior; participação da comunidade nos serviços religiosos e festivos).

Vários estudos verificaram uma ligação entre perceção de apoio e **felicidade** (Lakey, s.d., cit in Lakey & Orehek, 2011; Chan & Lee, 2006). Ferreira e Guerra (2014), no seu estudo observaram correlações moderadas positivas da felicidade e suporte social com a qualidade

de vida, sendo a felicidade e o suporte social variáveis que predizem a adaptação física e mental dos indivíduos. Também Argyle (1997) refere que o suporte social influencia a felicidade. Os nossos resultados foram ao encontro dos autores, pois verificou-se uma relação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a percepção de felicidade. Desta forma, há medida que aumenta a percepção de felicidade aumenta a satisfação com o suporte social. Além da relação encontrada, a percepção de felicidade revelou-se uma variável preditora da satisfação com o suporte social. Encontrámos também uma correlação positiva significativa moderada entre as dimensões satisfação com amigos e intimidade e a variável socio relacional percepção de felicidade. Deste modo, há medida que aumenta a percepção de felicidade aumenta a satisfação com amigos e a percepção de suporte social íntimo. Este facto é evidenciado pelo motivo de felicidade ou de infelicidade mencionado pelas participantes. A felicidade é atribuída à família, amigos, satisfação com a vida, percepção de utilidade da própria pessoa e ao facto de ter visitas. Já a infelicidade é atribuída à doença, à solidão e à distância da família. De acordo com Singer & Lord (1984, cit in Pais-Ribeiro, 2011) o suporte social tem um efeito protetor que impede o indivíduo de ser afetado negativamente. Além disso, Marques (2011) menciona que o grau de satisfação com o suporte social desempenha um papel de relevo na percepção do bem-estar subjetivo, contribuindo para a redução de estados emocionais negativos. No seu estudo o valor global de suporte social e as suas dimensões correlacionaram-se positivamente, a nível estatisticamente significativo com o bem-estar subjetivo. Portanto, o suporte social, está associado de modo esperado, mostrando a importância dos fatores psicossociais na adaptação à doença mental crónica.

Os resultados encontrados no nosso estudo refletem a ideia de Mângia e Muramoto (2006) de que não se trata somente de criar estruturas necessárias para este tipo de população, mas também é fundamental criar recursos sociais, culturais e relacionais, capazes de enriquecer contextos de vida empobrecidos, não só devido a carências a nível material, mas particularmente pela vulnerabilidade de suportes sócio relacionais.

V. Limitações e Contributos para a Prática Assistencial e para a Investigação

Após a explanação dos resultados e da sua discussão, no presente estudo é possível identificar algumas limitações, bem como contributos do mesmo para a prática assistencial e para futuras investigações.

Esta investigação apresenta algumas **limitações** que devem ser consideradas em investigações futuras e que passamos a referir.

Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra que impede a generalização dos resultados, não podendo ser representativa desta população. Assim, seria pertinente efetuar um estudo mais alargado, com participantes de outras Casas de Saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus para ser possível generalizar os resultados e realizar uma comparação entre as várias instituições, uma vez que estas se localizam em distintas regiões do país.

Outra limitação identificada prende-se com o facto de a amostra apenas ser constituída por mulheres. Desta forma, impede a comparação entre géneros, muito referida na literatura, pelo que seria pertinente em investigações futuras incluir os homens de modo a perceber se existem diferenças na forma como estes percecionam o suporte social.

Seria também importante, noutras investigações, efetuar uma comparação entre participantes a residir nas casas de saúde e participantes inseridos nas unidades residenciais ou residências extra-hospitalares em termos da perceção de suporte social, uma vez que estão envolvidas outras competências necessárias, como por exemplo aptidões pessoais, sociais, cognitivas e ocupacionais/profissionais, permitindo uma maior autonomia e satisfação com a vida, que poderão influenciar na forma como percecionam o suporte social.

A brevidade do instrumento utilizado no âmbito da satisfação com o suporte social, não permite recolher informação suficiente para analisar mais pormenorizadamente a perceção de suporte social. Contudo, parece concordante a “necessidade da existência de instrumentos multidimensionais psicometricamente fundamentados, para a utilização com populações doente, que sejam suficientemente breves para não constituírem uma sobrecarga” (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008, p.54). A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), com este propósito, mas dirigida à população em geral. Saliente-se as dificuldades que as doentes sentiram e referiram mesmo com a utilização de um instrumento tão breve.

No entanto, não possibilita a análise detalhada de como as pessoas com perturbações psiquiátricas percecionam o seu suporte social. Considera-se assim relevante recolher esta informação recorrendo a análises qualitativas, para que assim se pudessem compreender melhor as pessoas que constituem a sua rede social, bem como os tipos de suporte social que os mesmos fornecem.

Ainda relativamente às limitações, referimos a escassa literatura e estudos efetuados com pessoas portadoras de doenças mentais em Portugal, particularmente na satisfação com o suporte social, o que limita e dificulta na comparação de resultados obtidos por outros autores.

Contudo, consideramos que esta investigação fornece **contributos** importantes no domínio da prática assistencial prestada a estes doentes, bem como para investigações futuras.

Os resultados obtidos com esta investigação permitiram obter uma caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e socio relacionais, bem como da perceção de suporte social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados. Pretende-se que estes dados possam contribuir para o desenvolvimento de projetos centrados na promoção de saúde e na prevenção de doenças, ajustados a esta população, procurando desenvolver novas respostas sociais.

Apesar do enfoque das políticas atuais de saúde mental se centrar na **desinstitucionalização** e na **reabilitação psicossocial**, existem doentes que não conseguem ser reinseridos na comunidade. Compete às instituições de saúde garantir as melhores práticas assistenciais contribuindo para melhorar a qualidade de vida destes doentes, bem como a prestação de suporte social, assegurando que estes possuem uma rede social que lhes permita sentirem-se integrados.

Os resultados da avaliação da satisfação com o suporte social obtidos nesta amostra (média satisfação com o suporte social médio no limite da transição para alto) mostram que estes doentes têm uma perceção de suporte social bastante favorável, mesmo estando institucionalizados e, por vezes, distantes das suas famílias ou amigos. Assim, depreende-se que estas instituições e os seus profissionais têm um papel preponderante no processo de reabilitação dos doentes que assistem, assegurando uma prestação satisfatória de suporte formal.

Foi também possível identificar alguns preditores da satisfação com o suporte social, nomeadamente a satisfação com a comunidade onde a pessoa está inserida e a perceção de felicidade. Desta forma, estes resultados permitem identificar algumas variáveis importantes e que devem ser consideradas aquando do desenvolvimento de programas de intervenção e reabilitação. Assim, pretende-se que os profissionais de saúde mental desenvolvam **práticas assistenciais mais ajustadas às necessidades e características destes doentes**, contribuindo consequentemente para aumentar a eficácia das intervenções terapêuticas e a perceção de suporte social. Neste sentido, torna-se necessária a adoção de **estratégias preventivas**, como a criação de programas de reabilitação, de forma a atenuar as incapacidades, a reabilitar e a prevenir recaídas (Saraiva, 2014). Todavia, esta intervenção deve respeitar as limitações inerentes à doença, expectativas realistas e **idiossincrasias do doente** (Matos et al., 2003; Bajouco & Cerejeira, 2014). Nas Casas de Saúde existe uma multiplicidade de projetos de reabilitação que visam a promoção de autonomia e a melhoria do desempenho cognitivo. São exemplo destes projetos, intervenções no âmbito da estimulação cognitiva e da estimulação

multissensorial, bem como a aquisição de novos conhecimentos e recuperação de competências que estejam deficitárias.

Dos resultados obtidos destaca-se igualmente a necessidade de integrar os familiares destes doentes no processo terapêutico, uma vez que estes têm um papel preponderante durante o processo de reabilitação. A participação ativa e o **envolvimento da família** em todo o processo terapêutico da reabilitação psicossocial são fundamentais para a melhoria do seu estado de saúde mental e contribuem para uma vida mais adaptada na comunidade (LaBoube et al., 2012).

Este estudo constitui um contributo importante para a investigação no âmbito do estudo do suporte social em pessoas com doenças mentais crónicas. Desta forma, emerge, dos resultados obtidos, a necessidade de realizar mais estudos, de forma a consolidar as conclusões alcançadas e a colmatar a lacuna existente em Portugal no que diz respeito à investigação da satisfação com o suporte social.

Concluindo, destaca-se o pensamento de Ornelas (1996) “a intervenção no suporte social torna-se relevante quando verificamos a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem” (p.265).

Conclusões

Considerando todos os aspetos referidos ao longo desta investigação, parece bastante claro o papel que o suporte social desempenha na vida das pessoas.

Relativamente ao objetivo geral deste estudo exploratório, os resultados permitiram demonstrar que a perceção da satisfação com o suporte social destes indivíduos com doença mental crónica, nomeadamente com o diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação bipolar, apresenta um valor médio. Assim, confirma-se a importância da investigação no âmbito do estudo do suporte social em pessoas com doenças mentais crónicas. Na literatura existe uma diversidade de estudos que consideram que o suporte social tem benefícios para a saúde, não só na prevenção de doenças e no enfrentamento de acontecimentos de vida que causam *stress*, como também no processo de recuperação de diversas patologias.

Apesar de neste estudo, não terem sido encontradas muitas relações significativas entre as variáveis analisadas e a satisfação com o suporte social, esta investigação permitiu encontrar relações positivas significativas entre a satisfação com o suporte social e a perceção do estado de saúde, a satisfação com a comunidade e a perceção de felicidade. Deste modo, conclui-se que a forma como estas participantes percecionam o seu estado de saúde e a sua felicidade e como se sentem satisfeitas com a comunidade interfere com a satisfação com o suporte social.

Além disso, tanto a satisfação com a comunidade como a perceção de felicidade revelaram-se preditoras da satisfação com o suporte social. Assim, no âmbito da intervenção no suporte social, estes resultados devem ser tidos em consideração aquando do desenvolvimento de programas de intervenção e reabilitação, de forma a que os doentes se sintam integrados numa determinada rede social, bem como na comunidade, contribuindo consequentemente para diminuir os estados emocionais negativos e aumentar a eficácia das intervenções terapêuticas.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatry Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-V*. Lisboa: Climepsi.
- Abreu, L. N., Lafter, B., Baca-Garcia, E. & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: na update for the clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 271-280.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia Editora.
- Almeida, T., & Sampaio, F. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & doenças*, 8(1), 143-149.
- Alves, A. A. M. & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- Andrade, G., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde colectiva*, 7(4), 925-934.
- Antunes, C. & Fontaine, A. (2010). Adaptação de uma Escala de Avaliação do Suporte Social - NOS (Network Orientation Scale). *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.15-29). Braga: Universidade do Minho.
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health?. *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Bajouco, M. & Cerejeira, J. (2014). Reabilitação em Psiquiatria. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 127-133). Lisboa: Lidel.
- Baldessarini, R. J., Toldo, L. & Visioli, C. (2014). First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 383-392.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barrera, M. Jr. & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.

- Bayón, D. N., Delgado, S. G., Ramírez, O. C. & Toral, A. C. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas com transtorno mental grave. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 321-336.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bhavsar, V., & Bhugra, D. (2008). Religious delusions: Finding meanings in psychosis. *Psychopathology*, 41, 165-172.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., ... Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79, 97-103.
- Braw, Y., Sitman, R., Sela, T., Erez, G., Bloch, Y. & Levkovitz, Y. (2012). Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: Analysis and critique. *European Psychiatry*, 27, 612-618.
- Bronowski, P. & Zaluska, M. (2008). Social support of chronically mentally ill patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 13-19.
- Browne, S. (1999). Rehabilitation programmes and quality of life in severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 302-309.
- Browne, S., Clarke, M, Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Bruhn, J. G. & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151-169.
- Bustillo, J. R., Lauriello, J. Horan, W. P. & Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163-175.
- Caldas de Almeida, J. (1996). Community Psychiatry in Portugal. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 5(2), 92-95.
- Caldas de Almeida, J. (2010). *Apresentação preliminar do Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica*. Lisboa: Faculdade de ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Canesqui & Barsaglini (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114.
- Carneiro, A. R. G. (2012). *Qualidade de vida, satisfação com o suporte social e o funcionamento social na esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.
- Chan, Y. K. & Lee, P. L. (2006). Network size, social support and happiness in later life: a comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies*, 7, 87-112.
- Chernomas, W. M. & Clarke, D. E. (2003). Social support and women living with serious mental illness. ISBN 0968969249. Retirado de: <http://www.pwhce.ca/pdf/socialSupport.pdf>.
- Chronister, J., Chou, C. & Liao, H. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600.
- Cid, M F. B. (2008). *Fatores de risco e proteção: Saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade de São Carlos, Brasil.
- Cobb, J. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychomatic Medecine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, M. & Pais-Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do *coping* sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of psysical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.

Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In: A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health* (253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Colvero, L. de A., Ide, C. A. C. & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escola Enfermagem, USP*, 38(2), 107-205.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Relatório - Proposta de plano de acção para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

Corrigan, P. W. & Phelan, S. M. (2004). Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513-523.

Costa, A. M. N. (2008). Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(3), 104-110.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-237.

Da Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.

Decreto-Lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro. *Diário da República n.º 30 - I Série - A*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109 - I Série - A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.

De Lara, G. A. & Monteiro, J. K. (2014). Reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos psicóticos: atuação dos psicólogos nos CAPS de Santa Catarina. *Contextos Clínicos*, 7(1), 49-61.

Direção-Geral da Saúde (2014). Portugal: Saúde Mental em números - 2014. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Dunayevich, E. & Keck, P. E. (2000). Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current Psychiatry Reports*, 2, 286-290.

Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(6), 531-541.

Elvas, S. & Moniz, M. J. V. (2010). Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica*, 3(XXVIII), 451-464.

Favrod, J. & Maire, A. (2013). *Recuperar da esquizofrenia*. Loures: Lusociência.

Ferreira, M. & Guerra, M. P. (2014). Adaptação à Lesão Vertebro-Medular. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 380-395.

Floro, C. C. T. A. (2007). *A Qualidade de Vida em doentes com Coxartrose Artroplastia Total da Anca: Suporte Social e Estratégias de Coping*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade do Algarve, Faro.

Fontes, B. A. A. M. (2007). Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no quotidiano de portadores de transtorno mental. *Política & Trabalho-Revista de Ciências Sociais*, 26, 87-104.

Fountoulakis, K. N., Kontis, D., Gonda, X. & Yatham, L. N. (2013). A systematic review of the evidence on the treatment of rapid cycling bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15, 115-137.

Furtado, C., Ribeirinho, M. & Gaspar, M. (2010). Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. *Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde, Direção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde*.

- Goldberg, D. (1991). Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 139-142.
- Gonçalves, A. C. C. G. (2009). *O sentido de comunidade, o suporte social percebido e a satisfação com a vida*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Goodwin, G. M. (2012). Bipolar disorder. *Medicine*, 40(11), 596-598.
- Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G. & Muzik, M. (2014). The role of social relationships in bipolar disorder: A review. *Psychiatry Research*, 219, 248-254.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutor. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Guadalupe, S. (2008). *A Saúde Mental e o Apoio Social na Família do Doente Oncológico*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutor. Universidade do Porto, Porto.
- Guterres, M. C. de M. M. R. de B. (2001). *Estudo do suporte social e da qualidade de vida em doentes mentais crónicos a viverem em comunidade*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Guterres, M. C. & Frاسquilho, M. A. (2004). Prevenção terciária em saúde mental: novas respostas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 69-77.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-García, M. & Fernández-Dávila, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia e sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Hamaideh, S., Al-Magaireh, D., Abu-Farsakh, B. & Al-Omari, H. (2014). Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 455-465.
- Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall'Agnola, R. & Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 188-195.

- Hespanha, M. J. & Hespanha, P. (2011). O papel das redes sociais nas políticas sociais: O caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In S. Portugal & P. H. Martins (Eds.), *Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais* (83-104). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Hill, W. G. & Donatelle, R. J. (2005). The impact of gender role conflict on multidimensional social support in older men. *International Journal of Men's Health*, 4(3), 267-276.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.
- Holmes-Eber, P. & Riger, S. (1990). Hospitalization and the composition of mental patients social networks. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 157-164.
- Inquérito Nacional de Saúde 2005/06.
- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. (2010). *Carta de Identidade da Instituição - Modelo Hospitaleiro*. Roma: IHSCJ.
- Johnson, L., Lundström, O., Åberg-Wistedt, A. & Mathé, A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5, 129-137.
- Johnson, S. L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. & Miller, I. (1999). Social Support and the course Of Bipolar Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 558-566.
- Kapiczinsk, F., Quevedo, J. & Izquierdo, I. (2000). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 149-152.
- Kaplan, H. I., Sadock, J. B. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(1), 98-104.

- LaBoube, J., Pruitt, K., George, P. R., Mainda, D., Gregory, W., Allen, B. ... Klocek, J. (2012). Partners in change: Bringing people in recovery into the process of evaluating recovery oriented services. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15, 255-273.
- Lakey, B. & Orehek, E. (2011). Relational Regulation Theory: A New Approach to Explain the Link Between Perceived Social Support and Mental Health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495.
- Lang, R. F. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 56B(6), 321-326.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Leff, J., Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G. & Wills, W. (1996). Quality of Life of Long-Stay Patients Discharged From Two Psychiatric Institutions. *Psychiatric Services*, 47(1), 62-67.
- Lehman, A., Possidente, S. & Hawker, F. (1986). The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(9), 901-907.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei da Saúde Mental. *Diário da República nº 169 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Levine, R. R. J., Strauss, J. S. & Gift, T. E. (1981). Sex Differences in Age at First Hospital Admission for Schizophrenia: Fact ou Artifact?. *American Journal of Psychiatry*, 138, 440-444.
- Lopes, L. M. da S. (2011). *Suporte Social e Qualidade de Vida: A Satisfação do Suporte Social e a Qualidade de Vida nos Doentes de Internamento da Unidade Hospitalar de Bragança*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade do Porto, Porto.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina.

- Macêdo, T. E. P. M., Fernandes, C. A. & Da Costa, I. S. (2013). Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: Estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 629-637.
- MacGlip, D. (1991). A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1206-1215.
- Madianos, M. (2010). Deinstitutionalization. In J. H. Stone & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retirado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=33&language=en>.
- Mângia, E. F. & Muramoto, M. (2006). Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo*, 17(3), 115-122.
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.
- Mari, J. J. & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl I), 15-17.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Marques, V. F. B. (2011). *Influência do suporte social e dos estilos de coping na percepção de bem-estar subjetivo em doentes mentais crónicos*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios.

- Matos, M. B., Bragança, M. & Sousa, R. (2003). *Esquizofrenia de A a Z*. Lisboa: Climepsi.
- McInerney, S., Finnerty, S., Avalos, G. & Walsh, E. (2010). Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Social Psychiatric Epidemiology*, 45, 469-473.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M. & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... Zarkoc, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Miasso, A. I. (2006). *“Entre a cruz e a espada”: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutor. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B. & Pedrão, L. J. (2011). Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(2), 433-441.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S. & Liberman, J. A. (2009). Crosssectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 336-346.
- Mondimore, F. M. (2003). *Perturbação Bipolar: guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Monteiro, L. C. & Louzã, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(2), 179-183.
- Moreno, R. A., Moreno, D. H. & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48.

- Narrow, W. E., Regier, D. A., Norquist, G., Rae, D. S., Kennedy, C. & Arons, B. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 35, 147-155.
- Neri, A. L. & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento Social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(3), 419-432.
- Niendam, T. A., Bearden, C. E., Johnson, J. K, McKinley, M., Loewy, R., O'Brien, M., ... Cannon, T. D. (2006). Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. *Schizophrenia Research*, 84, 100-111.
- Olsen, O., Iversen, L. & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine*, 32(7), 767-771.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263-268.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D. & Southwick, S. (2007). Social Support and Resilience to Stress: From Neurobiology to Clinical Practice. *Psychiatry*, 4(5) 35-40.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Psicologias série Psicologia e Saúde. (2º Ed). Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo.

- Pinkham, A. E., & Penn, D. L. (2006). Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143, 167-178.
- Ponde, M. P. & Caroso, C. (2003). Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Revista de Ciências Médicas Campinas*, 12(2), 163-172.
- Ponte, A. C. & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 53-56). Lisboa: ISPA.
- Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro. *Diário da República n.º 174 - I Série*. Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.
- Prezza, M., & Constantini, S. (1998). Sense of Community and Life Satisfaction: Investigation in Three Different Territorial Contexts. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 181-194.
- Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7(4), 156-175.
- Renca, S. & Cerejeira, J. (2014). Esquizofrenia. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 135-158). Lisboa: Lidel.
- Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.
- Rodríguez, M. C. M. & Cabrera, I. P. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(1), 35-38.
- Rodrigues, V. B. (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Rodrigues, V. B. & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade Ciências da Saúde, Porto*, 390-399.
- Roque, C., Madeira, N. & Saraiva, C. B. (2014). Perturbação bipolar. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 184-204). Lisboa: Lidel.
- Roura, E. A. F. (2009). Salud mental y bioética: relación simbiótica. *Acta Bioethica*, 15(2), 139-147.
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.
- Ruzzi-Pereira, A. (2007). *Doença Mental Materna: Ações de parenting e suporte social*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Sá L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In II Congresso Internacional da SPESM, Barcelos, Portugal, 26-29 Outubro, 2010 - Sequeira C., Sá L. Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental: [actas]. 2010: 15-18. Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Sadock B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Sajatovic, M., Jenkins, J. H., Safavi, R., West, J. A., Cassidy, K. A., Meyer, W. J. & Calabrese, J. R. (2008). Personal and Societal Construction of Illness Among Individuals With Rapid-Cycling Bipolar Disorder: A Life-Trajectory Perspective. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(9), 718-726.
- Saraiva, C. B. (2014). Promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 17-20). Lisboa: Lidel.
- Seeman, T. E., & McEwen, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 459-471.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., ... Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.

- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health. A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Sharma, T. & Antonova, L. (2003). Cognitive function in schizophrenia deficits: functional consequences and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40.
- Silva, I, Pais-Ribeiro, J, Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Silva, L. M. P. F. & Alves, F. (2002). A Família como Suporte da Política de Saúde Mental em Portugal. Paper presented at the VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, In *Actas do VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*. Porto.
- Silva, M. T. V. (2013). *Satisfação com o Suporte Social e Perceção de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de perceção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Smolak, A., Gearing, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S. & McHugh, K. (2013). Social Support and Religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 49, 444-450.
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W. H., Endicott, J., Li, C., Fiedorowicz, J. G., ... Keller, M. B. (2010). Longitudinal course of bipolar I disorder: Duration of mood episodes. *Archives of General Psychiatry*, 67(4), 339-347.
- Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios: segundo Bolonha* (2ª Ed.). Lisboa: Pactor.
- Souza, M. S., Baptista, M. N. & Alves, G. A. S. (2008). Suporte familiar e saúde mental: evidência e validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, 28, 45-59.
- Spadini, L. S. & Souza, M. C. B. de M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40(1), 123-127.

- Sprangers, M. A., Regt, E. B., Andries, F., Agt, H. M.E, Bijl, R. V., Boer, J. B. ... Haes, H. C. J. M. (2000). Which Chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
- Taylor, T., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T., ... King, M. B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9(55), 1-30.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, Metodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Violante, C. D. F. (2012). *Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica: Impacto na Perceção de Qualidade de Vida e de Suporte Social*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wykes, T. & Holloway, F. (2000). Community rehabilitation: past failures and future prospects. *International Review of Psychiatry*, 12, 197-205.

Anexos

Anexo 1

Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Responda às seguintes questões formuladas e coloque uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve o seu caso:

Data: __/__/__

Idade: _____

Género:

Mulher ☐ Homem ☐

Estado Civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Separado ☐

Estatuto Socioeconómico:

Baixo ☐ Médio-Baixo ☐ Médio ☐ Médio-Alto ☐ Alto ☐

Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ☐ 1º Ciclo ☐ 2º Ciclo ☐ 3º Ciclo ☐
Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

Diagnóstico: _____

Há quanto tempo foi diagnosticada/o: _____

Área de residência (distrito e/ou concelho): _____

Instituição: _____

Há quanto tempo está internado nesta Instituição (meses): _____

Recebe visitas:

Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Mensalmente ☐
Anualmente ☐ Não recebo ☐

De quem recebe visitas maioritariamente: Familiares ☐ Amigos ☐ Vizinhos ☐
Conhecidos ☐ Outros ☐ Quem: _____

Tem filhos? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quantos? _____

Costuma sair da Instituição? Sim ☐ Não ☐

Se sim, com que frequência? Todos os fins-de-semanas ☐ 1 vez por mês ☐
Mais de 1 vez por mês ☐ De 3 em 3 meses ☐
2 Vezes por ano ☐ 1 vez por ano ☐ Apenas nas festividades ☐

Se sim, com quem costuma sair da Instituição? Familiares ☐ Amigos ☐
Vizinhos ☐ Conhecidos ☐ Outros ☐ Quem: _____

Na sua família há ou houve alguém que tenha atualmente ou tenha sido no passado diagnosticado com alguma doença psicológica? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quem? _____

Qual a doença? _____

Costuma participar nas atividades de grupo/convívio que a sua instituição lhe proporciona?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? _____

Participar nessas atividades proporciona-lhe sentimentos de bem-estar?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? _____

Pratica a mesma ideologia religiosa que esta instituição?

Sim ☐ Não ☐ Se não, qual? _____

Costuma participar em atividades religiosas?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? _____

Participar nessas atividades religiosas proporciona-lhe sentimentos de bem-estar?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê? _____

Costuma passar muito tempo sozinho? Sim ☐ Não ☐

Está satisfeito com o seu grupo de pares/comunidade em que está inserido?

Sim ☐ Não ☐ Se não, porquê: _____

Realiza a sua higiene pessoal sozinho (por exemplo, tomar banho, vestir-se, pentear-se)? Sim ☐ Não ☐

Tem dificuldade em controlar os impulsos agressivos (ofender ou agredir alguém)?

Sim ☐ Não ☐

No geral, considera-se uma pessoa feliz?

Sim ☐ Não ☐ Porquê: _____

Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Péssima ☐

Anexo 2

Autorização do autor da ESSS

Pedido de Autorização Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Rita_Salvador <rita.salvador18@gmail.com>
para jlpr, PAULA

Covilhã, 18 de novembro de 2014

Ex. ^{mo} Senhor Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Assunto: Consentimento para a aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Eu, Rita Vanessa Alexandre Salvador, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, na Covilhã, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado, com a orientação da Professora Doutora Paula Carvalho. A Dissertação de Mestrado intitula-se de “Suporte Social em doentes mentais crónicos institucionalizados” e pretende avaliar a satisfação com o suporte social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados cujo diagnóstico seja de Esquizofrenia ou de Perturbação Bipolar e onde a idade não seja superior a 65 anos.

Por Consequente, venho por este meio solicitar V. Ex.^a o consentimento para aplicar a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) junto de alguns utentes dos estabelecimentos de saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Com os melhores cumprimentos, agradeço desde já a atenção dispensada.

Rita Salvador

Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde
e-mail: rita.salvador18@gmail.com

Professora Doutora Paula Carvalho

Professora Orientadora da Dissertação de Mestrado
Departamento de Psicologia e Educação
Universidade da Beira Interior
Estrada do Sineiro
6201-001 Covilhã PORTUGAL
Telef. +351 275 319 608
e-mail: psc@ubi.pt

Autorização para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

19/11/14

para mim

Autorizo a utilização da ESSS.

Informo que há um manual dessa escala. Se aceder à minha página cuja morada está abaixo, na secção books, encontra o manual. Ele pode ser baixado para o seu computador sem custos.

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Anexo 3

Aprovação do Estudo



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

Reunião da Comissão de Ética

Ata nº 12/2014

Data: CSBM - Sala de reuniões, 12/12/2014

1. Presenças:

Presidente: Presidente da Comissão - Dr. João Correia
Diretor Clínico – Dr. António Pissarra da Costa
Supervisora de Enfermagem – Irmã Benedita Vaz
Psiquiatra – Dr. José Lourenço Botas
Advogado – Dr. Manuel Batista Rodrigues
Capelão da CSBM – Abel Albino
Psicóloga – Dra. Carla Costa
Assistente Social – Dra. Ana Escada

2. Assuntos em agenda:

1. Leitura da ata da reunião de 04/07/ 2014
2. Parecer sobre o projeto de investigação sobre " Qualidade de Vida e Suporte Social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados".

3. Desenvolvimento e diálogo sobre os assuntos

Após a leitura da ata do ano anterior, procedeu-se à análise da proposta para a implementação de um estudo sobre " Qualidade de Vida e Suporte Social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados "a realizar pelo gabinete de psicologia da Instituição, em parceria com a Universidade da Beira Interior.

O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social, numa amostra aproximada de 120 doentes com diagnóstico de Esquizofrenia ou



Perturbação Bipolar que estejam institucionalizados nos estabelecimentos de saúde da Guarda, Condeixa e Braga pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. No que concerne aos critérios de inclusão foi determinado que os doentes teriam de estar internados num dos estabelecimentos de saúde das Irmãs Hospitaleiras; ter idade igual ou inferior a 65 anos; estar diagnosticado com Esquizofrenia ou Perturbação Bipolar; saber ler e escrever e estar internado por um período igual ou superior a 3 meses, enquadrados perfeitamente na instituição.

A recolha da amostra está prevista para o primeiro quadrimestre de 2015 e será orientada pela Prof. Dra. Paula Carvalho da UBI.

4. Atividades a desenvolver, decisões / orientação superior dos assuntos

A Comissão emitiu um parecer favorável à realização do projeto de investigação sobre “Qualidade de Vida e Suporte Social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados”, e solicita, que no final, um exemplar do trabalho seja entregue a esta comissão.

A Secretária

Ava LSG



Presenças

7/7/1.2.2.5.5.

Maria da Costa

Benedita Vaz

3

Carla Costa

Carla Costa

Anexo 4

Consentimento Informado



Consentimento informado

Eu, _____(nome), portador do B/VCC nº _____, residente em _____ concordo em participar no estudo **Qualidade de Vida e Suporte Social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados** que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social numa amostra de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia ou de Perturbação Bipolar que estejam institucionalizados nos estabelecimentos de saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em preencher os instrumentos necessários para o seu desenvolvimento:

- Questionário Sociodemográfico;
- Questionário Breve de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Breve;
- Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

MOD.218/00