

ATAS DO
11º CONGRESSO NACIONAL
DE
PSICOLOGIA DA SAÚDE



**Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques,
Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro (Orgs.)**

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa

ATAS DO 11º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Editores

Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques,
Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro

Organização

ISCTE  Escola de Ciências Sociais e Humanas
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA



Apoio



Patrocínio

 Pierre Fabre
Consumer Health Care

 ESCOLAR
EDITORA

 Nicola

 EDIÇÕES SÍLABO, Lda.
Publicamos conhecimento

 Vitalis



 KEV

Satisfação com o suporte social em doentes com esquizofrenia

LARA GUEDES DE PINHO (*)

ANABELA PEREIRA (*)

CLAÚDIA CHAVES (**)

De acordo com o Estudo Nacional de Saúde Mental (2013), realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, as perturbações mentais correspondem a 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial, estando a esquizofrenia posicionada em terceiro lugar (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães, & Almeida, 2013).

O diagnóstico de esquizofrenia engloba uma panóplia de sinais e sintomas associada a disfunções sociais e ocupacionais significativas. O nível de funcionamento esperado pode não ser atingido se o início da sintomatologia ocorre na infância ou adolescência. No que concerne aos sintomas negativos da doença, estes podem ser graves e estão muitas vezes associados à disfunção social, como é o caso da avolição. Estes sintomas podem prejudicar a progressão educativa e a manutenção do emprego, mesmo quando as capacidades cognitivas estão preservadas e são adequadas. Ainda que a pessoa seja socialmente ativa, pode distanciar-se da sua rede social, sendo este isolamento, muitas vezes, o primeiro sinal da perturbação. Muitos destes doentes não casam ou têm contatos sociais limitados fora do seu ambiente familiar (American Psychiatric Association, 2014).

O funcionamento social pode ser descrito como a capacidade de adaptação do indivíduo às suas necessidades pessoais, familiares, sociais e laborais, além da capacidade para estabelecer papéis sociais (Cavieres & Valdebenito, 2005). Os défices no funcionamento social surgem, normalmente, durante os primeiros cinco anos de progressão da doença, e estão presentes em mais de 60% das pessoas com esquizofrenia (Ochoa et al., 2006).

Os sintomas negativos parecem ser os melhores preditores da degradação do funcionamento social (Couture, Granholm, & Fish, 2011). Uma elevada incidência destes sintomas está associada a dificuldades económicas, profissionais, sociais e funcionais nos doentes que apresentam longos períodos de internamento, atraso na recuperação e resultados pobres no tratamento, deteriorando significativamente a sua qualidade de vida (Addington & Addington, 2008).

(*) Universidade de Aveiro, Portugal.

(**) ESSV do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Uma vez que a esquizofrenia surge frequentemente entre o final da adolescência e o início da idade adulta, sendo este um período crítico na aquisição de habilidades e papéis sociais, alguns autores consideram que o início dos sintomas pode prejudicar a continuidade dos estudos ou início de atividades profissionais. Esta condição pode dificultar tentativas de separação familiar e de desenvolvimento de competências básicas de vida autônoma. Já outros autores consideram que o déficit social se deve à falta de uso dessas habilidades por carência de oportunidades. Não obstante, existe uma constelação de fatores associados à doença que poderão prejudicar as competências sociais, como a cronicidade, a sintomatologia e a exacerbação (Coelho & Palha, 2006).

Além do funcionamento social, também o suporte social é fundamental e pode influenciar a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia, uma vez que aumenta a capacidade do indivíduo para se adaptar à sua vida diária e aos acontecimentos stressantes. Assim, os doentes que têm uma rede social de apoio apresentam melhores condições de vida, menor presença de sintomas e menos internamentos hospitalares que aqueles que carecem deste apoio (Gutiérrez-maldonado, Caqueo-urizar, & Fernández-dávila, 2012; Norman et al., 2005).

A maior parte das pessoas com esquizofrenia tem uma rede social escassa, limitada aos seus familiares. Consequentemente, costumam ter uma percepção pobre de apoio social, especialmente da que provém de não familiares, mantendo pouco contato com a comunidade (García-Bóveda, Vázquez Morejón, & Jiménez, 2007).

As mulheres têm, normalmente, redes sociais mais alargadas que os homens. Por outro lado, quanto maior a idade, menores as habilidades sociais, estando este fator relacionado com uma maior degradação cognitiva (Mueser et al., 2010). Além disso, os desempregados e com menor escolaridade tem menos probabilidades de ampliar as suas redes sociais que aqueles que trabalham ou que tem um maior nível de escolaridade (Browne & Courtney, 2005).

O suporte social é um componente chave em psicologia da saúde que tem implicações práticas importantes na adaptação à doença crónica (Symister & Friend, 2003). O conceito de suporte social é multidimensional, sendo que aspetos diferentes do suporte social têm impacto diferente nas pessoas ou grupos (Pais Ribeiro, 2011). Este conceito, compreende recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais. Não obstante, é estimado atualmente como uma variável capaz de promover e proteger a saúde (Siqueira, 2008).

Sarafino (1997) agrupou o suporte social em cinco tipos, sendo o primeiro o suporte emocional, que corresponde à empatia e preocupação para com a pessoa. O segundo tipo é o suporte de estima, que surge através da manifestação da apreciação positiva do indivíduo. O suporte tangível ou instrumental é o terceiro tipo e está relacionado com a assistência direta ao sujeito. O quarto tipo é o suporte informativo e engloba os conselhos e sugestões. Por último temos o suporte de rede, que fornece à pessoa o sentimento de pertença a um grupo.

Ornelas (1996) concluiu numa revisão da literatura que o suporte social corresponde a um dos fatores de redução do impacto das perturbações mentais como a esquizofrenia. Vários estudos indicam que as pessoas com esquizofrenia têm uma rede social menor do que os indivíduos sem história de doença mental. Além disso, as redes sociais destes doentes tendem a ser limitadas a familiares, sendo muito frequente redes constituídas somente por membros da família.

O presente estudo tem como objetivo analisar algumas características sociodemográficas das pessoas com esquizofrenia, como o estado civil, a coabitação e a situação laboral e avaliar o grau de satisfação com o suporte social destes doentes, comparando-o com a coabitação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo com uma abordagem descritiva.

Participantes

Participaram 198 utentes com esquizofrenia de sete instituições do país, através do método de amostragem por conveniência. As características sociodemográficas da amostra podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra em estudo

Variáveis		Amostra (n=198)
Idade	Min-Máx	M=44,04; DP=12,42 20-78
Género	Feminino	55 (27,8%)
	Masculino	143 (72,2%)
Estado Civil	Solteiro	134 (67,7%)
	Casado / União de facto	34 (17,2%)
	Divorciado / Separado	26 (13,1%)
	Viúvo	4 (2%)
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	4 (2%)
	1º ciclo (4º ano)	41 (20,7%)
	2º ciclo (6º ano)	50 (25,3%)
	3º ciclo (9º ano)	54 (27,3%)
	Ensino Secundário (12º ano)	38 (19,2%)
	Formação Universitária	11 (5,6%)

Material

Como *Instrumento* foi aplicada a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (2011). É composta por quatro domínios, satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais. Os valores foram convertidos numa escala de 0 a 100.

Verificou-se a consistência interna (alpha de Cronbach) do instrumento que é de 0,87.

Procedimentos

Nos *Procedimentos* foram tidos em consideração o consentimento informado, a confidencialidade e o anonimato. Os dados foram analisados com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 22.0 para o *Windows*, tendo sido sujeitos a análises descritivas e de correlação.

RESULTADOS

São apresentados os principais resultados referentes às variáveis sociais e de participação no programa de reabilitação (Quadro 2).

Quadro 2

Características sociais e participação no programa de reabilitação da amostra em estudo

Variáveis		Amostra (n=198)
Situação Profissional	Empregado	17 (8,6%)
	Não ativo / Desempregado	59 (29,8%)
	Invalidez	104 (52,5%)
	Reformado	13 (6,6%)
	Estudante	5 (2,5%)
Coabitação	Pais / Pai / Mãe	86 (43,4%)
	Sozinho	41 (20,7%)
	Cônjuge / Companheiro	33 (16,7%)
	Instituição	19 (9,6%)
	Filho e/ou outro	19 (9,6%)
Filhos	Sim	60 (30,3%)
	Não	138 (69,7%)
Programa de Reabilitação Psicossocial / Fórum Sócio-Ocupacional	A frequentar	63 (31,8%)
	Já frequentou	30 (15,2%)
	Nunca frequentou	105 (53%)

No Quadro 3 são apresentados os resultados dos diferentes domínios da escala para a amostra em estudo.

Quadro 3

Satisfação com o suporte social geral (n=198)

	Escala Total	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais
Média	51,53	46,39	50,13	66,04	47,47
Desvio padrão	22,56	33,72	25,36	32,86	28,59

Posteriormente foram realizadas análises de correlação entre os valores da escala e a coabitação, e, como não se obtiveram dados estatisticamente significativos, optou-se por analisar as diferenças das médias dos domínios da escala (Quadro 4).

Quadro 4

Satisfação com o suporte social e coabitação

	Escala Total	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais
Sozinhos (n=40)	48,33	45,73	45,43	57,32	47,56
Instituição (n=19)	54,21	51,58	55,26	49,12	62,28
Pais (n=87)	53,06	48,14	50,80	70,83	46,51
Conjuge/Companheiro (n=33)	54,80	48,18	55,87	75,51	43,69
Filhos e/ou outros	43,16	31,58	42,11	63,60	43,42

DISCUSSÃO

Após análise dos resultados podemos verificar que 134 indivíduos são solteiros e somente 64 casaram, sendo que apenas 34 destes se encontram atualmente casados ou em união de fato. Estes resultados vão de encontro ao que está descrito no DSM V quando refere que a maioria das pessoas com esquizofrenia não casa. Tendo em conta que, como referem Coelho e Ribeiro (2000, p. 86), “o estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social”, estado civil pode influenciar a satisfação com o suporte social destes doentes.

No que corresponde à coabitação grande parte dos indivíduos vive com os pais (n=86), seguindo-se os que vivem sozinhos (n=41), os que vivem com o cônjuge ou companheiro (n=33) e em menor número os que residem em instituições (n=19) ou com outras pessoas significativas (n=19). Uma vez que a maioria (n=105) vive com os pais ou em instituições

podemos dizer que estes resultados podem estar de acordo com o descrito por Coelho e Palha (2006), quando indicam que a esquizofrenia pode dificultar tentativas de separação familiar e de desenvolvimento de competências básicas de vida autônoma.

Relativamente à situação profissional, apenas 17 sujeitos se encontram ativos, sendo que a maioria ($n=104$) está incapacitada para o trabalho, tendo invalidez. Esta situação também está de acordo com o descrito no DSM V quando refere que a esquizofrenia está associada a disfunções ocupacionais significativas, sendo que a sintomatologia pode prejudicar a manutenção do emprego mesmo quando as capacidades cognitivas estão preservadas e são adequadas.

Tendo em conta estes dados, verificamos que estão em consonância com o exposto no Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* quando exhibe que a esquizofrenia é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães, & Almeida, 2013).

No que respeita à frequência em Programas de Reabilitação Psicossocial ou Fórum Sócio Ocupacional constatamos que pouco mais de metade da amostra ($n=105$) não tiveram contato com estas intervenções.

Após análise dos resultados da Escala de Satisfação com o Suporte Social, conclui-se que a satisfação com o suporte social geral é baixa ($M=51,53$; $DP=22,56$), sendo os valores mais baixos no fator satisfação com os amigos ($M=46,39$; $DP=33,72$) e mais altos na satisfação com a família ($M=66,04$; $DP=32,86$). Conforme relatam Angell e Test (2002) no seu estudo com 87 doentes com esquizofrenia, os sintomas positivos estão associados à perda de laços nas suas redes sociais, à diminuição na satisfação com o suporte social e a um aumento da solidão.

Comparando a satisfação com o suporte social com a coabitação parece-nos que os indivíduos mais satisfeitos com o suporte social são aqueles que vivem com o cônjuge ou companheiro ($M=54,8$), seguindo-se os que vivem numa instituição ($M=54,21$) e os que vivem com os pais ($M=53,06$), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre estes. Os que vivem sozinhos ($M=48,33$) e os que vivem com outras pessoas significativas ($M=43,16$) são os que, aparentemente, apresentam menor satisfação com o suporte social.

O domínio satisfação com a família ($M=66,04$) é o que apresenta pontuações mais elevadas e os domínios satisfação com os amigos ($M=46,39$) e com as atividades sociais ($M=47,47$) mais baixas.

Pensamos que este estudo poderá ter uma contribuição relevante para a Psicologia da Saúde na medida em que o suporte social é um dos componentes cruciais nesta área. Desde que se iniciou a desinstitucionalização psiquiátrica que este fator tem sido uma preocupação constante dos profissionais da área da saúde mental. Assim, esta investigação, analisa a satisfação com o suporte social de uma população específica que pelas características da doença apresenta uma rede social limitada onde é necessário intervir cada vez mais de forma eficaz. Sendo a tendência da atuação dos profissionais de saúde intervir na comunidade, muito há ainda a fazer para que as redes sociais destes doentes

aumentem, aumentando também a sua satisfação com o suporte social. Pensamos que intervenções psicossociais não só com o utente mas também com a família poderão melhorar significativamente o funcionamento social destes indivíduos bem como a satisfação com o suporte social. Assim, além destas intervenções, torna-se crucial intervir ainda na comunidade em geral no sentido de alertar para a importância da integração destes sujeitos na sociedade, diminuindo o estigma e aumentando as suas redes sociais de apoio. Existem atualmente muito poucas instituições de reabilitação psicossocial, sendo necessária uma reflexão de todos os envolvidos no sentido de dar resposta ao programa nacional de saúde mental de forma eficaz e com resultados satisfatórios para os doentes mentais.

Este estudo, ainda em progresso, pretende ser mais complexo, dando-se continuidade à recolha de dados, tendo como finalidade comparar a satisfação com o suporte social com a qualidade de vida e os afetos positivo/negativo. Contudo, este estudo almeja dar o seu contributo para intervenções futuras na área da reabilitação psicossocial e integração das pessoas com esquizofrenia na comunidade, de forma a aumentar a qualidade de vida e a satisfação com as redes sociais de apoio.

REFERÊNCIAS

- Addington, J., & Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 99, 176-181. doi: 10.1016/j.schres.2007.07.004
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angell, B., & Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 259-271.
- Browne, G., & Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326. doi: 10.1080/01612840590915694
- Cavieres F., A., & Valdebenito V., M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 43, 97-108. doi: 10.4067/S0717-92272005000200003
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 79-87.
- Coelho, C. S. M., & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Couture, S. M., Granholm, E. L., & Fish, S. C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *125*, 152-160. doi: 10.1016/j.schres.2010.09.020.A
- García-Bóveda, R. J., Vázquez Morejón, A. J., & Jiménez, R. V. M. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *7*, 61-71.
- Gutiérrez-maldonado, J., Caqueo-urizar, A., & Fernández-dávila, M. F. P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, *24*, 255-262.
- Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Forester, B., Wolfe, R., & Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics*, *23*, 297-317. doi: 10.1016/j.jneuroling.2009.08.007
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *80*, 227-34. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.006
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Márquez, M., Valdelomar, M., & Haro, J. M. (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, *20*, 157-163.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, *14*, 263-268.
- Pais Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Sarafino, E., P. (1997). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Hoboken, NJ: John Wiley e Sons Inc.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia Em Estudo*, *13*, 381-388. doi: 10.1590/S1413-73722008000200021
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, *22*, 123-129. doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.123
- Xavier, M., Batista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Almeida, J. M. C. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*, 19. doi: 10.1186/1752-4458-7-19