

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

Escola Superior de Altos Estudos

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DOS ESTILOS DE  
*COPING* NA PERCEÇÃO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO  
EM DOENTES MENTAIS CRÓNICOS**

VÂNIA FILIPA BONITO MARQUES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra

2011



Influência do suporte social e dos estilos de  *coping*  na percepção de bem-estar  
subjectivo em doentes mentais crónicos

VÂNIA FILIPA BONITO MARQUES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica,  
Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Professora Auxiliar do ISMT

Coimbra, Setembro de 2011

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Marina Cunha, orientadora da investigação, pela sua disponibilidade e dedicação.

Às Técnicas da Fundação A.D.F.P., Dra. Patrícia Fernandes e Dra. Sílvia Pinto, pelo interesse e colaboração prestados.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional dedicado ao longo da minha vida.

A ti, David, por partilhares comigo os bons e maus momentos.

A todos os meus familiares e amigos pelas palavras de coragem transmitidas nos momentos mais difíceis.

A todos os participantes no estudo, pela disponibilidade no preenchimento dos questionários.

Muito Obrigada a todos!

## RESUMO

O objectivo do presente estudo consistiu em verificar a influência do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção de bem-estar subjectivo e de estados emocionais negativos numa amostra de 41 indivíduos (27 homens e 14 mulheres) portadores de doença mental crónica, com idades compreendidas entre os 18 e 61 anos. Foram, ainda, identificados os principais estilos de *coping* utilizados por esses indivíduos, bem como um estudo de comparação entre doentes institucionalizados e não-institucionalizados.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Satisfação com o Suporte Social, constituída por quatro subescalas (satisfação com amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais); Questionário dos Estilos de *Coping*, formado igualmente por quatro subescalas (*Coping* Racional, *Coping* Emocional, *Coping* Evitante e *Coping* Distanciado/Desligado); Escala de Satisfação com a Vida e, por último, a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress.

Os resultados demonstram que o valor global de suporte social e as suas dimensões “satisfação com amigos”, “intimidade”, “satisfação com a família” e “actividades sociais” se correlacionam positivamente, a nível estatisticamente significativo com o bem-estar subjectivo. Relativamente ao estilo de *coping* racional, verifica-se que este se relaciona negativamente com a sintomatologia depressiva, ao contrário do *coping* emocional que apresenta uma correlação positiva com os estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress) e uma relação inversa com o bem-estar. Os doentes institucionalizados, comparativamente aos não-institucionalizados, apresentam o uso mais frequente de *coping* desadaptativo (emocional) e níveis mais elevados de ansiedade.

O suporte social, os estilos de *coping* e a percepção de bem-estar subjectivo demonstram estar associados de modo teoricamente esperado, mostrando a importância dos factores psicossociais na adaptação à doença mental crónica.

*Palavras-chave:* Suporte social; Estilos de *coping*; Bem-estar subjectivo; Sintomatologia psicopatológica; Doença mental crónica.

## ABSTRACT

The aims of this study was to verify the influence of social support and *coping* styles on the perception of subjective well-being and negative emotional states in a sample of 41 subjects (27 men and 14 woman) with chronic mental illness (aged between 18 and 61 years). We also identified the main *coping* styles used by these subjects, as well as a comparative study of institutionalized patients and non-institutionalized.

Instruments used include the Satisfaction with Social Support (with four dimensions: satisfaction with friendships, intimacy, satisfaction with family and social activities); *Coping* Styles Questionnaire (with four *coping* dimensions: rational, emotional, avoidant and distance); Scale of Satisfaction with Life and, finally, the Scale for Depression, Anxiety and Stress.

Results shows that the global social support and its dimensions “satisfaction with friendships”, “intimacy”, “satisfaction with family” and “social activities” have a statistically significant positive correlation with subjective well-being. and It appears that the rational *coping* styles is negatively related to depressive symptoms, unlike the emotional *coping* has a positive correlation with negative emotional states (depression, anxiety and stress) and an inverse relationship with well-being. The institutionalized patients, compared to non-institutionalized, have more frequent use of maladaptative *coping* (emotional) and higher levels of anxiety.

Social support, *coping* styles and perception of subjective well-being are associated according to the theoretical models, showing the role of psychosocial factors in adaptation to chronic mental illness.

*Key words:* Social support; *Coping* styles; Subjective well-being; Psychopathological symptoms; Chronic mental illness.

## 1. INTRODUÇÃO

Perante uma doença crónica, como é o caso da doença mental, a percepção de bem-estar é susceptível de ser fortemente influenciada por variáveis psicossociais como o suporte social e os estilos de *coping* (Coelho & Ribeiro, 2000).

Quando um indivíduo se vê face a uma doença crónica, ele confronta-se com mudanças no seu estilo de vida, provocadas por determinadas limitações resultantes da própria doença (Silva, Guedes, Moreira, & Souza, 2002). Desta forma, e de acordo com Freitas (1999), quando o indivíduo adoece, a sua adaptação à condição de doente torna-se muito restrita, sobretudo quando se trata de doença crónica.

Neste sentido, Olivieri (1985, cit. in Silva, et al., 2002) refere que o ficar doente é, quase sempre, acompanhado de ansiedade e insegurança, provocando no indivíduo a sensação que os seus objectivos pessoais não mais se realizarão.

Importa referir que, na maioria das vezes, o indivíduo, portador de uma doença crónica, necessita de partilhar esse sofrimento com a sua família ou com outras pessoas próximas, como os amigos ou colegas de trabalho, com o intuito de obter ajuda no seu processo de adaptação ao estado de doente crónico (Silva, et al., 2002). É aqui que o suporte social actua, desempenhando um papel fundamental na recuperação da doença (Rodin & Salovey, 1989).

### *Suporte social*

Suporte social define-se como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem podemos confiar, que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, pp. 127). Estes autores consideram, também, que, independentemente da forma como o suporte social é conceituado, este construto parece ser formado por dois elementos básicos: a percepção de que existe um número suficiente de pessoas disponíveis a quem se pode recorrer em momentos de necessidade e o grau de satisfação do indivíduo com o apoio disponível (Sarason, et al., 1983).

Importa referir que estes dois factores podem variar na relação entre si, dependendo da personalidade de cada indivíduo, uma vez que existem indivíduos que podem pensar que só um grande número de pessoas disponíveis lhes pode proporcionar um apoio suficiente e, por outro lado, existem outros indivíduos que podem considerar que apenas uma pessoa lhes pode fornecer um apoio adequado (Sarason, et al., 1983).

Para Cobb (1976) o conceito de suporte social é descrito como a informação organizada em três classes de crenças: informação que conduz a pessoa a acreditar que é amada e que os outros se preocupam consigo; informação que leva a pessoa a acreditar que é estimada e valorizada; informação que leva a pessoa a acreditar que pertence a uma rede social.

De acordo com Rodriguez e Cohen (1998) o suporte social é um construto multidimensional e complexo, que se refere ao processo através do qual o indivíduo gere os recursos materiais e psicológicos disponíveis nas suas redes sociais, de forma a lidar com acontecimentos negativos da sua vida, satisfazer as suas necessidades sociais, bem como alcançar os seus objectivos pessoais.

Segundo os autores supracitados existem dois tipos de apoio social: o suporte estrutural, que avalia as características estruturais das redes sociais e o suporte funcional, que avalia os recursos fornecidos pelas redes sociais e o qual é visto, usualmente, sob a forma de três tipos de recursos: instrumental, informativo e emocional. O primeiro diz respeito à ajuda material, como a ajuda financeira ou a ajuda nas tarefas diárias, que permite ao indivíduo cumprir as suas responsabilidades. O suporte informativo refere-se à prestação de informações relevantes destinadas a ajudar o indivíduo a lidar com as suas dificuldades, assumindo, geralmente, a forma de conselho ou orientação para lidar com os problemas. Finalmente, o suporte emocional envolve a expressão de amor, carinho, confiança e simpatia, podendo tornar as condições de vida do indivíduo mais fáceis (Rodriguez & Cohen, 1998).

Wethington e Kessler (1986) ao considerarem a multidimensionalidade do suporte social, assumem a distinção entre os seus aspectos objectivos, ou seja, as características das redes sociais de apoio, e a sua dimensão subjectiva, que se refere à percepção do apoio disponível em caso de necessidade, tendo demonstrado, através de uma investigação com uma amostra de 1269 indivíduos, que a última variável é a que melhor explica os resultados de saúde. O mesmo é defendido por Rodriguez e Cohen (1998).

Diversos autores consideram que o suporte social exerce uma função mediadora na protecção da saúde (Cobb, 1976; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Sarason, Sarason, Potter, & Antoni, 1985; Siqueira, 2008), permitindo que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados acontecimentos da vida (Pietrukowicz, 2001). Também Rodriguez e Cohen (1998) consideram o suporte social um factor capaz de originar efeitos benéficos para a saúde, tanto física como mental, desenvolvendo, desta forma, uma relação estreita com o bem-estar.

Berkman e Syme realizaram, em 1979, um estudo longitudinal, no qual avaliaram o suporte social de 6928 indivíduos, com idades compreendidas entre os 30 e 69 anos, seguidos

ao longo de nove anos, concluindo que os sujeitos socialmente isolados apresentavam taxas mais elevadas de mortalidade (Ribeiro, 1999; Sarason, et al., 1985; Siqueira, 2008).

Como a literatura tem mostrado, a doença mental interfere nas relações sociais, quer pelo facto da própria doença limitar a pessoa nas suas actividades diárias, quer pelo facto da pessoa tender a isolar-se socialmente. Neste sentido, Lima (1999) refere que um baixo suporte social, como a falta de esposo(a), ou a falta de uma pessoa confidente, conduz a uma maior ocorrência de depressão.

Também Pedroso e Sbardelloto (2008) consideram o suporte social um recurso fundamental para quem sofre de doença crónica, pois ao estarem sozinhos, os indivíduos quando se sentem doentes, tendem a preocupar-se mais com a doença. Deste modo, a partir do momento em que o suporte social começa a funcionar, os indivíduos modificam o seu comportamento, aumentando a sua capacidade para enfrentar situações difíceis e dolorosas, garantindo-lhes a possibilidade de viver melhor (Pietrukowicz, 2001).

Numa revisão bibliográfica realizada por Baptista, Baptista e Torres (2006), estes autores constataram que o suporte social é uma variável capaz de reduzir estados emocionais negativos, tais como a depressão e a ansiedade. Também Kessler, et al. (1985) concluíram que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de consequentes perturbações psicológicas, explicando que este construto é visto como um mediador ou moderador do stress, na medida em que as relações interpessoais fornecem uma protecção contra os seus efeitos prejudiciais. Esta ideia é, igualmente, sustentada por outros autores (Sarason, et al., 1985).

Numa investigação realizada por Brown, Bhrolchain e Harris (1975), cujo objectivo consistiu em estudar o papel desempenhado pelo suporte social em mulheres com perturbações psiquiátricas, verificou-se que as mulheres que apontaram o seu marido ou namorado como uma pessoa com quem podiam falar sobre os assuntos que mais as preocupavam demonstraram altos níveis de suporte social. Desta forma, constatou-se que, nas mulheres que tinham sofrido um acontecimento severo nas suas vidas e que demonstraram altos níveis de suporte social, não houve um acréscimo da sua patologia, e, por sua vez, as mulheres que tinham tido um evento negativo na sua vida, mas que relataram pouco apoio social, tiveram um agravamento significativo das suas perturbações psiquiátricas.

De facto, o suporte social tem vindo a ser associado a diversas medidas, tais como os comportamentos de aderência a tratamentos médicos, estilos de *coping*, percepção de bem-estar, entre outras (Baptista, Baptista, & Torres, 2006). Neste sentido, Sarason, et al. (1985) evidenciaram a relação existente entre o suporte social e o bem-estar, verificando que a

satisfação com o apoio social disponível desempenha um papel fundamental na redução do mal-estar (Sarason, et al., 1985). Hohauser e Berah (1996, cit. in Ribeiro, 1999) concluíram que a satisfação com o suporte social é um dos factores que está relacionado com a satisfação com a vida.

### *Estilos de coping*

Importa salientar que o facto de um indivíduo viver com uma doença crónica implica, necessariamente, uma tentativa, por parte do mesmo, de reconstruir a sua vida própria, recorrendo a diferentes estilos de ajustamento para lidar com os sintomas, com as consequências da doença e com a adaptação à condição de doente (Paúl & Fonseca, 2001).

Relativamente ao estudo do *coping*, importa referir que os investigadores que se regem pela abordagem situacional procuram explicar as cognições e comportamentos do mesmo grupo de indivíduos, em diferentes tipos de situações, ou seja, procuram avaliar o modo como os comportamentos de *coping* variam de acordo com situações específicas de stress (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Por sua vez, a abordagem disposicional procura investigar os estilos de *coping* preferenciais, relativamente estáveis, que, habitualmente, os indivíduos utilizam quando se confrontam com uma situação stressante (Roger, Jarvis, & Najarian, 1993).

A este respeito, as investigações de Carver e Scheier (1994) demonstraram que os estilos de *coping* podem influenciar a forma como os indivíduos reagem a novas situações e, assim sendo, o *coping* disposicional pode influenciar o estilo situacional numa determinada fase da situação, e noutras não. Desta forma, estes autores consideram que os estilos de *coping* não implicam, necessariamente, a presença de traços subjacentes de personalidade que predis põem o indivíduo a responder de determinada forma. Pelo contrário, os estilos de *coping* reflectem a tendência para responder de uma forma específica quando o indivíduo se vê confrontado com uma série de situações particulares (Carver & Scheier, 1994).

Numa perspectiva cognitivista, o *coping* é definido como uma mudança constante de pensamentos e comportamentos, que visam gerir as exigências externas e/ou internas das situações avaliadas como stressantes (Lazarus & Folkman, 1984).

De acordo com os autores supracitados, o *coping* encontra-se dividido em dois grandes grupos: *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções. O primeiro, procura, de uma forma activa e directa, remover ou alterar o evento ameaçador, enquanto o *coping* focado nas emoções está dirigido para a modificação ou regulação do impacto emocional que

surge em resposta ao problema (Folkman & Lazarus, 1980). Estas duas tentativas estão estritamente relacionadas com as duas principais funções do *coping* que dizem respeito à alteração da relação indivíduo-ambiente geradora de stress e a regulação das emoções stressantes (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman, et al., 1986).

Relativamente à influência que o suporte social exerce sobre a adaptação psicológica, Holahan, Moos, Holahan e Brennan (1995) verificaram que o apoio social desempenha um papel essencial sobre os estilos de *coping*, sugerindo que nos casos em que a doença acarreta uma série de eventos negativos, que contribuem para uma diminuição significativa do nível de bem-estar, seja de esperar que os esforços adaptativos favoreçam com o apoio garantido pelas redes sociais disponíveis.

Deste modo, e de acordo com Thoits (1986), o suporte social pode funcionar como um meio de assistência ao *coping*, auxiliando a pessoa a mudar a situação, a alterar o significado da situação ou a modificar a sua reacção emocional à mesma. Assim, tanto o suporte social como o *coping* contribuem para a modificação ou eliminação dos acontecimentos problemáticos, controlando os sentimentos de ansiedade e depressão, habitualmente, gerados por esses mesmos eventos.

Quanto à eficácia dos estilos de *coping* na adaptação à doença, alguns autores verificaram que os sujeitos que utilizam estilos de *coping* funcionais estão mais ajustados emocionalmente e mais aptos a lidar com as exigências envolvidas no processo da doença crónica (Merluzzi & Sanchez, 1997). Neste sentido, diversos investigadores consideram que o *coping* focado na emoção está mais associado às perturbações de índole psicológica, sendo menos eficaz que o *coping* focado no problema (Billing & Moos, 1981; Pearling & Schooler, 1978).

De facto, a forma como os indivíduos interpretam a sua doença é uma questão muito importante. Neste sentido, Bussing e Fischer (2009) verificaram que a percepção da doença em termos de interpretações positivas, como “desafio” ou “valor”, se correlacionaram fortemente com estilos de *coping* adaptativos, enquanto as interpretações negativas, tais como “perda” ou “ameaça” foram associadas positivamente com depressão e ansiedade e, inversamente, com a satisfação com a vida.

De acordo com os resultados dos estudos de Dinis, Pinto-Gouveia e Duarte (2010), os estilos de *coping* emocional e evitante associaram-se positivamente com os sintomas de depressão, ansiedade e stress, enquanto o *coping* racional apresentou correlações significativas com “indicadores de funcionamento psicológico adaptativo” (Dinis, et al., 2010, pp. 22). A mesma ideia é defendida por Wilkinson, Walford e Espnes (2000), que

sugerem que os estilos de *coping* emocional e evitante estão fortemente relacionados com ansiedade e depressão, ao contrário dos estilos de *coping* racional e desligado/distanciado que são, segundo os mesmos autores, os melhores preditores do bem-estar.

### *Bem-estar subjectivo*

De acordo com alguns autores o bem-estar refere-se à satisfação, realização ou felicidade, que derivam do funcionamento óptimo do ser humano (McDowell, 2009; Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998).

Embora haja um consenso relativamente à ideia que o bem-estar é um estado subjectivo no qual predominam sentimentos positivos, existe, ainda, desacordo quanto à sua definição. O conceito de bem-estar funda-se, desta forma, a partir de duas perspectivas filosóficas diferentes: a tradição hedonista e a tradição eudemonista (McDowell, 2009; Ryan & Deci, 2001). A primeira defende que a meta da vida é a de maximizar a felicidade e reduzir a dor; o foco está no bem-estar subjectivo, ou seja, no prazer e na satisfação da realização dos objectivos pessoais (McDowell, 2009; Ryan & Deci, 2001). Diener é um dos principais investigadores do bem-estar subjectivo, defendendo que a tradição hedonista envolve duas componentes emocionais, nomeadamente, o afecto positivo e o afecto negativo, e um elemento cognitivo referente à satisfação com a vida (Diener, et al., 1985).

A tradição eudemonista, por sua vez, considera que o Homem deve aspirar mais do que uma vida de prazeres simples; o foco está no bem-estar psicológico, ou seja na realização do potencial humano, obtida através do crescimento e desenvolvimento pessoal (McDowell, 2009; Ryan & Deci, 2001).

No nosso estudo estamos especialmente interessados no bem-estar subjectivo, designadamente, no seu elemento cognitivo, a satisfação com a vida, pelo que desenvolveremos um pouco mais esta perspectiva.

De acordo com alguns autores o bem-estar subjectivo trata-se de “um conceito que requer auto-avaliação, o que significa que só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo. Neste sentido, cada indivíduo avalia a sua própria vida, aplicando concepções subjectivas, e apoiando-se nas suas próprias emoções, valores e expectativas” (Diener & Lucas, 2000, cit. in Siqueira & Padovam, 2008, pp. 202).

Diener (2000) descreve que “os indivíduos têm um abundante bem-estar subjectivo quando sentem muitas emoções positivas e poucas emoções negativas, quando estão envolvidas em actividades interessantes, quando vivenciam muitos prazeres e poucos

sofrimentos e quando estão satisfeitas com as suas próprias vidas (Diener, 2000, pp. 34). Também Diener, Sapyta e Suh (1998) acreditam que o bem-estar subjectivo fornece ao indivíduo um sentimento de mestria, permitindo que o mesmo progrida em relação aos seus objectivos de vida.

Relativamente à satisfação com a vida, dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo, ela diz respeito à avaliação cognitiva que o indivíduo faz sobre a sua vida em geral (Diener, et al., 1985; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002), podendo ser influenciada pela percepção do indivíduo de determinados aspectos da sua vida, considerados importantes para ele (Moons, Marquet, Budts, & De Geest, 2004). De acordo com Campbell, Converse e Rodgers (1976) a satisfação com a vida reflecte a forma como o indivíduo se percebe distante ou próximo das suas aspirações. Desta forma, importa salientar que o julgamento que os indivíduos fazem da satisfação com o seu estado actual, baseia-se, essencialmente, na comparação de um padrão que cada indivíduo estabelece para si mesmo e que não é imposto externamente (Diener, et al., 1985).

Mesmo os indivíduos que apresentem uma diminuição da percepção do seu estado de saúde e que tenham mais necessidades sociais podem ter uma elevada satisfação com várias dimensões da sua vida. Embora seja verdade que pessoas portadoras de doença crónica possam experienciar uma diminuição da satisfação com a vida, não é necessariamente verdade para todos os indivíduos (Jim & Jacobsen, 2008). Isto significa que uma pessoa pode ser ou estar doente e sentir-se muito feliz e, por outro lado, outra pessoa pode estar bem em várias áreas da sua vida, mas não se sentir, particularmente, feliz (Diener, 2001, cit. in Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Segundo Diener & Seligman (2004) as pessoas que apresentam uma maior satisfação com a sua vida têm mais amigos e participam em mais actividades de grupo. Deste modo, pessoas com elevado bem-estar demonstram melhores relações sociais comparativamente às pessoas que apresentam baixo bem-estar.

Os mesmos autores mostraram, ainda, através de estudos experimentais, que as pessoas tendem a apresentar sofrimento quando as suas relações, dentro dos grupos a que pertencem, são pobres ou quando não fazem parte de nenhum tipo de grupo (Diener & Seligman, 2004).

O presente estudo tem como principal objectivo analisar a influência do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção do bem-estar subjectivo e sintomas psicopatológicos em indivíduos portadores de doença mental crónica. Esta investigação procura, também, explorar e identificar os principais estilos de *coping* utilizados por esses doentes. De referir,

ainda, a possibilidade de comparar os doentes institucionalizados com os não-institucionalizados relativamente às variáveis em estudo.

De acordo com a revisão da literatura nesta área, são colocadas as seguintes hipóteses: 1) Os sujeitos que demonstram satisfação com as suas amizades e com a sua família (maior suporte social) apresentam maior satisfação com a sua vida e menor sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress; 2) Os doentes institucionalizados percebem-se como tendo menos suporte social comparativamente aos doentes não-institucionalizados e utilizam, com mais frequência, estilos de *coping* desadaptativos; 3) Sujeitos que utilizam, predominantemente, estilos de *coping* positivos apresentam um maior bem-estar subjectivo e menor sintomatologia psicopatológica; 4) Por sua vez, esperamos que estilos de *coping* negativos estejam associados a maior sintomatologia depressiva e ansiosa, assim como à percepção de menor bem-estar subjectivo.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1. Participantes**

A amostra que dá corpo ao presente estudo foi recolhida na Fundação para a Assistência Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo (A. D. F. P.), tendo como critério de selecção os indivíduos portadores de doença mental crónica.

A amostra ficou, assim, reduzida a 71 indivíduos e destes, 23 (32,4%) não tiveram capacidade para responder, 5 (7,0%) recusaram-se a colaborar na investigação e 2 (2,9%) deixaram o protocolo de investigação incompleto.

A amostra final utilizada no presente estudo foi de 41 indivíduos diagnosticados, pelos serviços de saúde que os acompanham, com perturbação mental crónica. Destes indivíduos, 95,1% apresentaram perturbações do Eixo I (n=39), manifestando, sobretudo, Esquizofrenia, Perturbações Depressivas, Perturbações Bipolares e Perturbações relacionadas com a utilização do álcool, sendo que alguns indivíduos evidenciaram comorbilidade com outras perturbações do Eixo I, e 4,9% revelaram perturbações do Eixo II (n=2), nomeadamente, Perturbação Histriónica da Personalidade e Perturbação Estado-Limite da Personalidade.

Do conjunto de participantes, 65,9% pertencem ao sexo masculino (n=27) e 34,1% ao sexo feminino (n=14), com uma média de idades de 41,83 anos (DP= 11,54), oscilando entre um mínimo de 18 e um máximo de 61 anos.

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos indivíduos (n=23) refere ser solteira (63,4%). Dos restantes, 26,8% dos indivíduos são divorciados ou separados (n=11) e 9,8% são casados ou encontram-se em união de facto (n=4).

Relativamente ao nível de escolaridade, 17,1% estudaram até ao 4º ano, 9,8% têm o 6º ano, 51,2% estudaram até ao 9º ano, 17,1% concluíram o 12º ano e 4,9% têm uma licenciatura.

No que diz respeito à situação perante o trabalho, importa salientar que 53,7% dos indivíduos da amostra estão reformados (n=22), 43,9% encontram-se desempregados (n=18) e 2,4% exerce uma profissão (n=1).

Por fim, quanto às actividades dos tempos livres dos sujeitos, a grande maioria referiu que prefere realizar actividades lúdicas nos seus tempos livres (73,2%), como ver televisão, ouvir música, passear, conviver com os amigos, ir ao futebol, jogar play-station, ir à pesca, viajar, estar com os filhos ou cozinhar. Dos restantes, 22,0% dos participantes mencionaram que gostam de realizar actividades intelectuais (n=9), como tocar um instrumento musical ou ler; 2,4% dos indivíduos prefere actividades físicas (n=1), nomeadamente, a prática de natação e 2,4% elege as actividades artísticas (n=1), tais como a expressão plástica.

Quadro 1  
*Caracterização da amostra*

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Masculino	27	65,9%
Feminino	14	34,1%
<b>Grupo</b>		
Institucionalizados	21	51,2%
Não-institucionalizados	20	48,8%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	26	63,4%
Casado(a) / União de facto	4	9,8%
Divorciado(a) / Separado(a)	11	26,8%
Viúvo(a)	0	0%
<b>Escolaridade</b>		
Até 4ª classe	7	17,1%
Até 6ª classe	4	9,8%
Até 9ª classe	21	51,2%
12º ano	7	17,1%
Licenciatura	2	4,9%
Não sabe ler nem escrever	0	0%
<b>Situação perante o trabalho</b>		
Desempregado(a)	18	43,9%
Exerce uma profissão	1	2,4%
Reformado(a)	22	53,7%
<b>Tempos livres</b>		
Actividades físicas	1	2,4%
Actividades artísticas	1	2,4%
Actividades intelectuais	9	22,0%
Actividades lúdicas	30	73,2%
<b>Diagnóstico</b>		
Eixo I	39	95,1%
Eixo II	2	4,9%

Quadro 2  
*Caracterização da amostra relativamente à variável idade*

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Desv. Padrão</b>
<b>Idade</b>	41	18	61	41,83	11,54

## 2.2. Instrumentos utilizados

Tendo em conta as variáveis escolhidas para análise, esta investigação recorrerá aos seguintes instrumentos de medida:

A **Escala de satisfação com o suporte social** (ESSS - Ribeiro, 1999) tem como objectivo avaliar o grau de satisfação dos indivíduos no que diz respeito ao suporte social proveniente de várias fontes, assim como, relativo às actividades sociais em que estão inseridos. Trata-se de uma escala de auto-avaliação, constituída por 15 afirmações, em que o indivíduo deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco alternativas de resposta.

A escala inclui 4 factores, sendo a sua consistência interna total de 0,85 (alfa de Cronbach). O primeiro factor, designado por “satisfação com os amigos” (SA), avalia a satisfação relativa às amizades que o indivíduo tem e inclui 5 itens. O segundo factor, denominado de “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e é formado por 4 itens. O terceiro factor, nomeado de “satisfação com a família” (SF), avalia a satisfação com o suporte familiar existente e agrupa 3 itens e, finalmente, o quarto factor, designado de “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza e inclui 3 itens. A consistência interna de cada um destes factores varia entre 0,64 e 0,83 (alfa de Cronbach).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens e a nota de cada factor resulta da soma dos itens de cada subescala. Desta forma, a nota para a escala total pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Quanto à consistência interna da ESSS na presente investigação, a escala total apresenta um alfa de Cronbach de 0,77, indicador de uma aceitável fidedignidade.

O **Questionário dos Estilos de Coping** (CSQ-3 - *Coping Styles Questionnaire*; Roger, 1996; tradução e versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Dinis, 2007) tem o objectivo de avaliar quatro estilos de *coping*: *coping* racional, *coping* emocional, *coping* evitante e *coping* desligado/distanciado. Este instrumento é constituído por 41 itens, utilizando uma escala tipo *Likert* que varia de 0 (“nunca”) e 3 (“sempre”).

O primeiro factor – *coping* racional – mede a utilização de estratégias instrumentais para lidar com o problema (e.g. “elaboro um plano para lidar com o sucedido”); o segundo factor – *coping* emocional – refere-se ao uso de estratégias com o objectivo de diminuir estados emocionais negativos (e.g. “guardo as “coisas” só para mim, não deixando que os outros

saibam que as coisas estão mal”); o terceiro factor – *coping* evitante – reporta tentativas para evitar as emoções e pensamentos perturbadores (e.g. “continuo a pensar sobre o problema na esperança que desapareça”) e, finalmente, o quarto factor – *coping* distanciado/desligado – avalia as tentativas de criar um distanciamento emocional do problema (e.g. “sinto-me independente das circunstâncias”). De acordo com os resultados do estudo de Dinis, et al. (2010), estes autores sugerem a divisão entre os estilos de *coping* adaptativos (ou positivos), constituídos pelo *coping* racional e o *coping* desligado/distanciado, e os estilos de *coping* desadaptativos (ou negativos), formados pelo *coping* emocional e o *coping* evitante.

De referir que a cada item é pedido ao indivíduo que descreva o modo como “tipicamente reage quando está em stress/quando está perturbado”. Um resultado mais elevado significa uma maior utilização de determinado estilo de *coping*.

Relativamente à consistência interna, na versão original, os valores encontrados do alfa de Cronbach são de 0,69 para o *coping* evitante, 0,74 para o *coping* emocional, 0,90 para o *coping* distanciado/desligado e 0,85 para o *coping* racional (Roger, 1996). Já na versão portuguesa são encontrados os seguintes valores do alfa de Cronbach: 0,69 (*coping* distanciado/desligado), 0,70 (*coping* evitante), 0,76 (*coping* emocional), 0,77 (*coping* racional) e 0,75 para a escala total (Dinis, et al., 2010). Na amostra do presente estudo, a escala total revela uma consistência interna de 0,77 (alfa de Cronbach).

**A Escala de Satisfação com a Vida** (SWLS - *Satisfaction With Life Scale*; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; tradução e versão portuguesa de Neto, Barros, & Barros, 1990) tem como objectivo avaliar a satisfação com a vida enquanto processo cognitivo (julgamento pessoal acerca da vida), assumindo-se que é mais importante solicitar ao indivíduo uma análise global da sua vida, do que realizar uma avaliação da satisfação em domínios específicos da vida.

Trata-se de uma escala unifactorial, constituída apenas por 5 itens, os quais são avaliados numa escala tipo *Likert* de sete pontos, podendo variar entre 5 (baixa satisfação) e 35 (alta satisfação). A pontuação final é calculada através da soma dos valores obtidos em cada um dos cinco itens. Relativamente à consistência interna da escala, o valor encontrado para o alfa de Cronbach é de 0,87 na versão original e de 0,78 na versão portuguesa. Já no presente estudo, a escala revela um alfa de Cronbach de 0,84.

**A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress** (DASS - *Depression Anxiety Stress Scale*; Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e versão portuguesa de Apóstolo, Mendes, &

Azeredo, 2006) é constituída por três subescalas que medem a: Depressão, Ansiedade e Stress.

A subescala de depressão avalia sintomas como o desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A subescala de ansiedade mede a excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional, e experiências subjectivas de ansiedade. Finalmente, a subescala de stress avalia a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, fácil perturbação/agitação, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência.

As três subescalas são compostas por 7 itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas negativos. Os indivíduos devem assinalar o grau em que concordam com a afirmação numa escala tipo *Likert* que vai do “0” que significa “não se aplicou nada a mim” a “3” que significa “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Os resultados de cada subescala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. Desta forma, as notas mais elevadas em cada subescala correspondem a estados afectivos mais negativos.

Em relação à consistência interna, os valores do alfa de Cronbach, na versão original, são de 0,91 para a depressão, 0,84 para a ansiedade e 0,90 para o stress (Lovibond & Lovibond, 1995), e na versão portuguesa são de 0,90 para a subescala de depressão, 0,86 para a ansiedade e 0,88 para o stress, sendo o valor do alfa de Cronbach das três subescalas de 0,95 (Apóstolo, et al., 2006). Já na presente amostra, constituída por doentes mentais crónicos, a DASS revela um alfa de Cronbach de 0,83 para a depressão, 0,89 para a ansiedade e 0,89 para o stress. Quanto à consistência interna das três subescalas, o valor de alfa de Cronbach encontrado é de 0,95, o que traduz uma excelente fidedignidade.

A **folha de dados demográficos e clínicos**, desenvolvida especificamente para este estudo, tem o objectivo de fornecer informação sobre os aspectos demográficos tais como, género, idade, escolaridade, estado civil, situação perante o trabalho, actividades a realizar nos tempos livres, grupo (institucionalizado vs não-institucionalizado) e diagnóstico.

## 2.3. Procedimentos

### *Procedimentos metodológicos*

Com o devido consentimento e colaboração da Fundação para a Assistência Desenvolvimento e Formação Profissional, os participantes foram contactados pessoalmente e informados sobre os objectivos gerais do presente estudo.

Deste modo, os indivíduos que concordaram em participar na investigação completaram o protocolo constituído pelas medidas de avaliação anteriormente descritas.

A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo o consentimento recolhido após a explicação sobre o âmbito e a finalidade do estudo. Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram respeitados, tendo sido garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a possibilidade de desistência dos participantes.

Atendendo às características específicas desta população (portadores de doença mental crónica), a recolha dos dados foi feita individualmente e na presença de uma das investigadoras do presente estudo, demorando uma média de uma hora o preenchimento do protocolo. Os dados foram recolhidos entre Janeiro e Abril de 2011.

### *Procedimentos estatísticos*

Com o intuito de analisar os dados referentes à caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra foi utilizada a estatística descritiva usual.

Para a análise dos dados relativos às dimensões do suporte social, estilos de *coping*, satisfação com a vida e sintomatologia psicopatológica recorreu-se às medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão).

De acordo com os objectivos do estudo previamente definidos, os indivíduos da amostra foram divididos em dois grupos, consoante o facto de estarem ou não institucionalizados. Para a comparação das médias entre os grupos, tendo em conta o seu tamanho reduzido, foi aplicada uma estatística não-paramétrica, nomeadamente, o teste U de Mann-Whitney ou a prova de Kruskal-Wallis, de acordo com o número de grupos.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman para analisar as relações existentes entre as várias variáveis em estudo, consoante a natureza das variáveis, contínuas ou categoriais.

Todas as análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através da aplicação informática Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows.

### 3. RESULTADOS

#### Valores médios das variáveis em estudo e influência dos dados sócio-demográficos

No Quadro 3 são apresentados os valores médios obtidos nos instrumentos de medida, relativamente ao suporte social, aos estilos de *coping*, satisfação com a vida e sintomas psicopatológicos para a amostra total de doentes mentais crónicos.

Quadro 3  
*Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo (N=41)*

Escalas de avaliação	Média	Desvio Padrão
Satisfação com amigadas (ESSS)	16,46	5,73
Intimidade (ESSS)	13,49	3,42
Satisfação com a família (ESSS)	10,93	3,84
Actividades sociais (ESSS)	7,66	2,69
Suporte social global (ESSS)	48,54	10,65
<i>Coping</i> racional (CSQ)	17,90	5,84
<i>Coping</i> emocional (CSQ)	7,29	3,69
<i>Coping</i> evitante (CSQ)	9,29	4,33
<i>Coping</i> distanciado / desligado (CSQ)	5,37	2,42
Satisfação com a vida (SWLS)	19,10	8,25
Depressão (DASS)	6,98	5,47
Ansiedade (DASS)	6,07	6,03
Stress (DASS)	6,22	5,71

*Nota.* ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social; CSQ: *Coping Styles Questionnaire*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; DASS: *Depression Anxiety Stress Scale*.

Seguidamente fomos explorar a influência das variáveis sócio-demográficas sobre os resultados obtidos nos instrumentos de medida. Dado o reduzido tamanho da amostra e a natureza categorial de algumas variáveis sócio-demográficas, recorreremos à determinação do coeficiente de correlação de Spearman.

## Quadro 4

Relação entre as variáveis demográficas da amostra e as diversas dimensões das escalas de avaliação

	Género	Idade	E. Civil	Escolarid.	Trabalho	Diagnóst.	T. Livres
Suporte social (ESSS)	-0,02	0,06	0,29	-0,04	-0,25	-0,16	0,16
<i>Coping</i> racional (CSQ)	0,13	-0,03	0,31	0,15	<b>-0,43**</b>	0,03	0,14
<i>Coping</i> emocional (CSQ)	<b>0,34*</b>	-0,22	-0,28	-0,23	0,11	0,18	-0,22
<i>Coping</i> evitante (CSQ)	<b>0,31*</b>	<b>-0,36*</b>	-0,14	-0,18	-0,17	0,12	0,14
<i>Coping</i> distanciado (CSQ)	0,03	-0,15	-0,18	-0,08	-0,14	0,08	0,12
Satisf. com a vida (SWLS)	-0,05	0,02	-0,00	0,11	-0,08	0,04	0,22
Depressão (DASS)	0,13	0,06	<b>-0,33*</b>	-0,25	<b>0,31*</b>	0,05	-0,10
Ansiedade (DASS)	0,27	-0,04	-0,30	<b>-0,41**</b>	0,20	0,10	-0,00
Stress (DASS)	0,10	0,01	-0,24	-0,14	0,17	0,08	-0,06

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social; CSQ: *Coping Styles Questionnaire*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; DASS: *Depression Anxiety Stress Scale*; E. Civil: Estado Civil; Escolarid.: Escolaridade; Diagnóst.: Diagnóstico; T. Livres: Tempos livres.

No que diz respeito ao género, este apresenta uma correlação significativa com o estilo de *coping* emocional ( $r(41) = 0,34$ ;  $p = 0,030$ ) e com o estilo de *coping* evitante ( $r(41) = 0,31$ ;  $p = 0,045$ ). Através da comparação de médias entre os géneros, com recurso ao teste U de Mann-Whitney, confirmámos que, comparativamente aos homens, são as mulheres que apresentam valores significativamente mais elevados nos estilos de *coping* emocional ( $U = 111,50$ ;  $p = 0,032$ ) e evitante ( $U = 117,00$ ;  $p = 0,047$ ).

Relativamente à idade dos indivíduos, esta correlaciona-se significativamente com o estilo de *coping* evitante ( $r(41) = -0,36$ ;  $p = 0,022$ ). Desta forma, com o aumento da idade dos doentes, verifica-se uma diminuição da utilização deste estilo de *coping*.

Observou-se que o estado civil se encontra estatisticamente correlacionado com a sintomatologia depressiva ( $r(41) = 0,33$ ;  $p = 0,037$ ). Contudo, quando comparados os valores médios de sintomatologia depressiva em função dos grupos do estado civil, através da prova de Kruskal-Wallis, não se registaram diferenças significativas ( $\chi^2 = 5,46$ ;  $p = 0,065$ ).

Foi encontrada uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos indivíduos e a sintomatologia ansiosa ( $r(41) = -0,41$ ;  $p = 0,008$ ), o que indica que com o aumento das habilitações literárias dos sujeitos, existe uma diminuição da sua ansiedade.

Verificou-se, ainda, que a situação perante o trabalho apresenta uma correlação significativa com o estilo de *coping* racional ( $r(41) = -0,43$ ;  $p = 0,005$ ) e com a sintomatologia depressiva ( $r(41) = 0,31$ ;  $p = 0,048$ ). A correlação negativa que existe entre a situação no trabalho e o estilo de *coping* racional mostra que, com o aumento da inactividade no trabalho diminui a utilização do estilo de *coping* racional. Já, a correlação positiva que se estabelece entre a situação no trabalho e a sintomatologia depressiva indica que o aumento da situação inactiva do trabalho dos sujeitos está associado ao acréscimo da sua depressão.

### Estudo comparativo de doentes institucionalizados versus não-institucionalizados

Estávamos agora interessados em investigar qual o efeito da institucionalização nos doentes mentais crónicos relativamente às variáveis em estudo. De acordo com a nossa hipótese, esperamos que os doentes institucionalizados se percepcionem como tendo menos suporte social e utilizem, com maior frequência, estilos de *coping* desadaptativos (ver Quadro 5).

#### Quadro 5

*Comparação dos grupos de doentes institucionalizados e não-institucionalizados relativamente às variáveis em estudo*

	<i>Institucionalizados</i>		<i>Não institucionalizados</i>		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Suporte social (ESSS)	46,52	10,84	50,65	10,29	163,50	0,225
<i>Coping</i> racional (CSQ)	17,52	5,14	18,30	6,60	191,00	0,619
<i>Coping</i> emocional (CSQ)	8,57	2,34	5,95	4,38	114,50	<b>0,012</b>
<i>Coping</i> evitante (CSQ)	10,05	4,90	8,50	3,58	166,50	0,254
<i>Coping</i> distanciado (CSQ)	4,90	2,07	5,85	2,70	169,00	0,279
Satisf. com a vida (SWLS)	18,62	9,51	19,60	6,91	194,50	0,685
Depressão (DASS)	8,05	5,79	5,85	5,00	170,50	0,301
Ansiedade (DASS)	7,67	5,61	4,40	6,15	119,50	<b>0,017</b>
Stress (DASS)	6,90	6,17	5,50	5,24	183,00	0,479

*Nota.* ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social; CSQ: *Coping Styles Questionnaire*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; DASS: *Depression Anxiety Stress Scale*; M: Média; DP: Desvio Padrão; U: Teste U de Mann-Whitney; p: nível de significância.

Os resultados mostram que os dois grupos, institucionalizados *vs* não-institucionalizados, apenas diferem significativamente no que diz respeito ao estilo de *coping* emocional e à sintomatologia ansiosa.

Relativamente ao estilo de *coping* emocional, os resultados ( $U = 114,50$ ;  $p = 0,012$ ) mostram que este estilo de *coping* é mais utilizado pelos doentes institucionalizados ( $M=8,57$ ;  $DP=2,34$ ) do que pelos doentes não-institucionalizados ( $M=5,95$ ;  $DP=4,38$ ), tal como acontece com a ansiedade ( $U = 119,50$ ;  $p = 0,017$ ) que, também, é maior nos doentes institucionalizados ( $M=7,67$ ;  $DP=5,61$ ) do que nos não-institucionalizados ( $M=4,40$ ;  $DP=6,15$ ).

### Estudo da relação entre suporte social, estilos de *coping*, satisfação com a vida e sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress

Com este estudo pretendemos averiguar de que forma é que as variáveis em estudo se encontram associadas (ver Quadro 6).

Quadro 6  
*Relação entre as variáveis em estudo*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. SA (ESSS)	1											
2. IN (ESSS)	0,18	1										
3. SF (ESSS)	<b>0,31*</b>	<b>0,43**</b>	1									
4. AS (ESSS)	<b>0,41**</b>	0,14	-0,02	1								
5. ESSS	<b>0,81**</b>	<b>0,61**</b>	<b>0,66**</b>	<b>0,51**</b>	1							
6. C. Rac. (CSQ)	<b>0,35*</b>	0,26	0,19	-0,10	<b>0,31*</b>	1						
7. C. Emo. (CSQ)	<b>-0,37*</b>	<b>-0,48**</b>	<b>-0,46**</b>	-0,24	<b>-0,58**</b>	-0,27	1					
8. C. Evit. (CSQ)	0,01	<b>-0,34*</b>	-0,29	-0,23	-0,27	<b>0,32*</b>	<b>0,48**</b>	1				
9. C. Dist. (CSQ)	0,17	-0,14	0,11	-0,01	0,08	0,17	0,13	0,25	1			
10. SWLS	<b>0,45**</b>	<b>0,41**</b>	<b>0,40*</b>	<b>0,36*</b>	<b>0,61**</b>	0,30	<b>-0,44**</b>	-0,05	0,09	1		
11. Dep. (DASS)	<b>-0,48**</b>	<b>-0,67**</b>	<b>-0,41**</b>	-0,16	<b>-0,66**</b>	<b>-0,38*</b>	<b>0,58**</b>	0,16	0,02	<b>-0,55**</b>	1	
12. Ans. (DASS)	<b>-0,45**</b>	<b>-0,55**</b>	<b>-0,42**</b>	0,26	<b>-0,64**</b>	-0,22	<b>0,68**</b>	0,30	0,17	<b>-0,54**</b>	<b>0,78**</b>	1
13. Stress (DASS)	<b>-0,41**</b>	<b>-0,55**</b>	<b>-0,33*</b>	<b>-0,39*</b>	<b>-0,61**</b>	-0,15	<b>0,50**</b>	0,24	0,20	<b>-0,58**</b>	<b>0,80**</b>	<b>0,81**</b>

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social; CSQ: *Coping Styles Questionnaire*; SWLS: *Satisfaction with Life Scale*; DASS: *Depression Anxiety Stress Scale*; SA: Satisfação com amigos; IN: Intimidade; SF: Satisfação com a família; AS: Actividades sociais; C. Rac.: Estilo de *coping* racional; C. Emo.: Estilo de *coping* emocional; C. Evit.: Estilo de *coping* evitante; C. Dist.: Estilo de *coping* distanciado; Dep.: Depressão; Ans.: Ansiedade.

*Relação do suporte social com os estilos de coping, bem-estar subjectivo e sintomatologia psicopatológica*

Quanto à subescala da satisfação com os amigos, verificou-se que esta se correlaciona positivamente com o estilo de *coping* racional ( $r(41) = 0,35$ ;  $p = 0,026$ ) e negativamente com o estilo de *coping* emocional ( $r(41) = -0,37$ ;  $p = 0,016$ ), o que mostra que uma maior satisfação com os amigos corresponde ao aumento da utilização do *coping* racional e à redução da utilização do *coping* emocional. Foi, também, encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a satisfação com os amigos e a satisfação com a vida ( $r(41) = 0,45$ ;  $p = 0,003$ ), o que indica que quanto maior a satisfação com os amigos, maior o bem-estar subjectivos dos indivíduos. E, por fim, observou-se que a satisfação com os amigos se correlaciona negativamente com a depressão ( $r(41) = -0,48$ ;  $p = 0,002$ ), com a ansiedade ( $r(41) = -0,45$ ;  $p = 0,003$ ) e com o stress ( $r(41) = -0,41$ ;  $p = 0,008$ ), o que significa que o aumento da satisfação com os amigos está associado à diminuição os estados emocionais negativos dos indivíduos.

Encontraram-se correlações negativas entre a subescala da intimidade e o estilo de *coping* emocional ( $r(41) = -0,48$ ;  $p = 0,002$ ) e entre a intimidade o estilo de *coping* evitante ( $r(41) = -0,34$ ;  $p = 0,027$ ), o que indica que quanto maior a satisfação com a intimidade, menor a utilização do *coping* emocional e do *coping* evitante. Existe, também, uma correlação positiva e significativa entre a intimidade e a satisfação com a vida ( $r(41) = 0,41$ ;  $p = 0,008$ ), o que mostra que com o aumento da satisfação com a intimidade, aumenta o bem-estar subjectivo dos indivíduos. Observou-se, ainda, que a intimidade se correlaciona negativamente com a depressão ( $r(41) = -0,67$ ;  $p < 0,001$ ), com a ansiedade ( $r(41) = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ) e com o stress ( $r(41) = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), o que significa que uma maior satisfação com a intimidade corresponde a uma redução da depressão, ansiedade e stress dos indivíduos.

Verificou-se uma moderada correlação negativa entre a satisfação com a família e o *coping* emocional ( $r(41) = -0,46$ ;  $p = 0,003$ ), o que significa que quanto maior a satisfação com a família, menor a utilização deste estilo de *coping*. Foi, também, encontrada uma correlação positiva entre a satisfação com a família e a satisfação com a vida ( $r(41) = 0,40$ ;  $p = 0,011$ ) e, finalmente, observou-se que a satisfação com a família se correlaciona negativa e significativamente com a depressão ( $r(41) = -0,41$ ;  $p = 0,008$ ), com a ansiedade ( $r(41) = -0,42$ ;  $p = 0,007$ ) e com o stress ( $r(41) = -0,33$ ;  $p = 0,036$ ), o que indica que o aumento da satisfação com a família está relacionado com o aumento do bem-estar subjectivo dos

indivíduos e com a diminuição da sua sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress.

Relativamente à subescala das actividades sociais, verificou-se uma correlação positiva desta com a satisfação com a vida ( $r(41) = 0,36; p = 0,022$ ) e uma correlação negativa da mesma variável com o stress ( $r(41) = -0,39; p = 0,012$ ), o que mostra que o aumento da satisfação com as actividades sociais está associado ao acréscimo do bem-estar subjectivo dos indivíduos e à redução do seu stress.

No que diz respeito ao suporte social global, verificou-se uma correlação positiva deste com o estilo de *coping* racional ( $r(41) = 0,31; p = 0,047$ ) e uma moderada correlação negativa entre a mesma variável e o estilo de *coping* emocional ( $r(41) = -0,58; p < 0,001$ ), o que indica que com o aumento da satisfação com o suporte social, existe uma maior utilização do *coping* racional e uma diminuição da utilização do *coping* emocional. Foi, também, encontrada uma moderada correlação positiva entre o suporte social e a satisfação com a vida ( $r(41) = 0,61; p < 0,001$ ), o que mostra que o aumento da satisfação com o suporte social está associado ao acréscimo do bem-estar subjectivo dos indivíduos. Finalmente, observou-se que o suporte social se correlaciona negativa e significativamente com a depressão ( $r(41) = -0,66; p < 0,001$ ), com a ansiedade ( $r(41) = -0,64; p < 0,001$ ) e com o stress ( $r(41) = -0,61; p < 0,001$ ), o que significa que o aumento da satisfação com o suporte social corresponde à diminuição dos estados emocionais negativos dos indivíduos.

#### *Relação dos estilos de coping com o bem-estar subjectivo e sintomatologia psicopatológica*

Quanto ao estilo de *coping* racional, este correlaciona-se positivamente com o estilo de *coping* evitante ( $r(41) = 0,32; p = 0,044$ ). Verificou-se, ainda, uma correlação negativa entre o estilo de *coping* racional e a depressão ( $r(41) = -0,38; p = 0,013$ ), o que indica que o aumento da utilização do estilo de *coping* racional está relacionado com a diminuição da depressão dos indivíduos.

Relativamente ao estilo de *coping* emocional, observou-se que este se correlaciona positivamente com o estilo de *coping* evitante ( $r(41) = 0,48; p = 0,001$ ). Observou-se, também, uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o *coping* emocional e a satisfação com a vida ( $r(41) = -0,44; p = 0,004$ ), o que indica que a maior utilização deste estilo de *coping* está associada à diminuição do bem-estar subjectivo dos indivíduos. Finalmente, constatou-se uma moderada correlação positiva entre o mesmo estilo de *coping* e a depressão ( $r(41) = 0,58; p < 0,001$ ), a ansiedade ( $r(41) = 0,68; p < 0,001$ ) e o stress ( $r(41)$

= 0,50;  $p = 0,001$ )., o que mostra que o aumento da utilização do *coping* emocional está relacionado com o acréscimo da depressão, ansiedade e stress dos indivíduos.

#### *Relação da satisfação com a vida com os sintomas psicopatológicos*

Como seria de esperar, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a satisfação com a vida e a depressão ( $r(41) = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ), a ansiedade ( $r(41) = -0,54$ ;  $p < 0,001$ ) e o stress ( $r(41) = -0,58$ ;  $p < 0,001$ ), o que mostra que o aumento da satisfação com a vida está associado à diminuição da depressão, ansiedade e stress dos indivíduos.

## **4. DISCUSSÃO**

### **4.1. Implicações Clínicas**

O objectivo do presente estudo consistiu em analisar a influência do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção do bem-estar subjectivo e sintomas psicopatológicos em indivíduos portadores de doença mental crónica. Foi, também, objectivo desta investigação, a identificação dos principais estilos de *coping* utilizados por esses doentes. E, por último, este estudo pretendeu comparar os doentes institucionalizados com os não-institucionalizados relativamente às variáveis em estudo.

Relativamente à nossa primeira hipótese, na qual era esperado que os sujeitos que demonstrassem satisfação com as suas amizades e com a sua família (maior suporte social) apresentassem maior satisfação com a sua vida e menor sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress, verificámos que os resultados são congruentes no que diz respeito ao efeito protector do suporte social (Kessler, et al., 1985; Sarason, et al., 1985; Siqueira, 2008), verificando-se que o grau de satisfação com o suporte social desempenha um papel fundamental na percepção de bem-estar subjectivo, contribuindo para a diminuição dos estados emocionais negativos.

O aumento da satisfação de todas as subescalas (amizades, família, intimidade e actividades sociais) e do suporte social global está associado ao aumento da satisfação com a vida e à diminuição da depressão, ansiedade e stress. Estes resultados vão ao encontro da literatura que mostra a relação positiva existente entre a satisfação com o suporte social e a satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996, cit. in Ribeiro, 1999). Também Sarason, et al.

(1985) evidenciaram que a satisfação com o suporte social tem um papel essencial no aumento do bem-estar.

Quanto à relação inversa que se estabelece entre o suporte social e a sintomatologia psicopatológica, ela está de acordo com as investigações realizadas por diversos autores que concluíram que a satisfação com o suporte social conduz à redução da depressão (Lima, 1999; Baptista, et al., 2006), da ansiedade (Baptista, et al., 2006) e do stress (Kessler, et al., 1985; Sarason, et al., 1985).

No que respeita à segunda hipótese colocada nesta investigação, a qual pressupunha encontrar diferenças significativas entre doentes institucionalizados e não-institucionalizados, ela apenas foi confirmada em parte. De facto, os doentes institucionalizados apesar de apresentarem um menor grau de suporte social em relação aos não-institucionalizados, esse dado não se revelou estatisticamente significativo. Uma possível explicação para este resultado prende-se com a natureza da instituição onde estes doentes se encontram a viver e que dada a sua dimensão reduzida possa haver uma tenção individualizada e um bom suporte por parte dos técnicos e colegas que diminuam o impacto de estar longe da família/comunidade. Observou-se que os doentes institucionalizados apenas se distinguiam dos não-institucionalizados na utilização mais frequente dos estilos de *coping* negativos (*coping* emocional) e na apresentação de mais sintomas de ansiedade. Este resultado poderá ser explicado pelo facto destes doentes se encontrarem numa situação clínica grave, o que os torna mais vulneráveis emocionalmente, recorrendo com frequência a estratégias de diminuição dos seus estados emocionais negativos. Deste modo, é possível que estes doentes acabem por lidar com os seus problemas de uma forma mais desadequada, o que pode estar, consequentemente, associado ao aumento da sua ansiedade.

Por fim, quanto às duas últimas hipóteses, o presente estudo mostrou uma relação inversa entre o estilo de *coping* emocional, pautado pelo uso de estratégias com o objectivo de diminuir estados emocionais negativos, e a satisfação com a vida, bem como uma relação positiva entre este estilo de *coping* desadaptativo e os estados emocionais negativos. Esta informação está de acordo com investigações efectuadas por alguns autores que demonstram que o *coping* emocional está fortemente associado à depressão, à ansiedade (Wilkinson, et al., 2000; Dinis, et al., 2010) e ao stress (Dinis, et al., 2010), influenciando negativamente a percepção de bem-estar dos indivíduos (Wilkinson, et al., 2000).

Relativamente aos estilos de *coping* positivos (racional e distanciado), observou-se a existência de uma relação inversa entre o *coping* racional e a sintomatologia depressiva. Este resultado vai ao encontro dos estudos realizados por Dinis, et al. (2010) que concluíram que,

ao contrário do *coping* emocional, a utilização do *coping* racional conduz ao “funcionamento psicológico adaptativo” (Dinis, et al., 2010, pp. 22), proporcionando, deste modo, um maior bem-estar subjectivo (Wilkinson, et al., 2000).

#### **4.2. Limitações e pesquisas futuras**

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com prudência, tendo em conta a sua natureza transversal e algumas limitações metodológicas. A primeira limitação diz respeito ao tamanho restrito da amostra e à distribuição desigual do género. Outro aspecto que poderá ser apontado prende-se com o facto de ser um estudo correlacional e à impossibilidade de estabelecer relações causais, pois as relações que foram encontradas são recíprocas. Por último, indicamos as desvantagens inerentes à metodologia de auto-avaliação utilizada, podendo levantar problemas de desajustabilidade social, não obstante ter sido reforçado o anonimato e confidencialidade dos dados.

Perante estas limitações sugere-se que, em estudos futuros, sejam utilizadas amostras maiores e melhor distribuídas, de forma a poder generalizar os resultados a outros doentes mentais crónicos. Outra das sugestões consiste no tipo de metodologia utilizada, podendo recorrer-se à auto-avaliação e à hetero-avaliação. E, finalmente, sugere-se a realização de estudos longitudinais, uma vez que esse facto poderá ter influência na percepção de bem-estar subjectivo, bem como na sintomatologia psicopatológica.

### **5. CONCLUSÃO**

Apesar das limitações da presente investigação, é esperado que este estudo tenha contribuído para melhorar o conhecimento relativamente à importância do suporte social e dos estilos de *coping* adequados em indivíduos portadores de doença mental crónica, permitindo, desta forma, uma compreensão mais abrangente do modo como esses mecanismos podem influenciar a adaptação à doença e desenvolver o bem-estar subjectivo desses indivíduos. Assim, e em função dos resultados, os dados sugerem ser importante, para quem trabalha com estes indivíduos, promover estilos de *coping* eficazes, bem como aumentar o suporte social destes sujeitos, permitindo, desta forma, o aumento do seu bem-estar subjectivo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. S., Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6).
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Brown, G. W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among woman in an urban population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Bussing, A., & Fischer, J. (2009). Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptative coping styles. *BMC Women's Health*, 9.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundation.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assesment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. Em R. F. Baumeister & C. Sedikides (Eds). *Psychological Inquiry* (pp. 33-37). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31.

- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2010, in press). *Contributos para a validação da versão portuguesa do Questionário de Estilos de Coping*. Manuscrito a aguardar publicação.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of *coping* in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Freitas, M. C. (1999). *Condição crónica de saúde do adulto: análise do conceito*. Dissertação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L. (1995). Social support, *coping*, and depressive symptoms in a late – middle – aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14 (2), 152-163.
- Jim, H. S., Jacobsen, P. B. (2008). Posttraumatic stress and posttraumatic growth in cancer survivorship: a review. *The Cancer Journal*, 14 (6), 414-419.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support and *coping* processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 538-572.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- McDowell, I. (2009). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 69-79.
- Merluzzi, T. V., Sanchez, M. A. M. (1997). Assessment of self-efficacy and *coping* with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16 (2), 163-170.
- Moons, P., Marquet, K., Budts, W., & De Geest, S. (2004). Validity, reliability and responsiveness of the “Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct

- Weighting” (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. Em L. Almeida, et al. (Eds). *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearling, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crónicos. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7, 32-35.
- Pietrukowicz, M. C. L. C. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Pinto-Gouveia, J., & Dinis, A. (2007). Questionário de Estilos de Coping. Tradução e adaptação para a população portuguesa (manuscrito não publicado).
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Roger, D. (1996). *Coping Styles Questionnaire* (unpublished manuscript).
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Em R. F. Baumeister & C. Sedikides (Eds). *Psychological Inquiry* (pp. 1-28). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47 (2), 156-163.

- Silva, L. F., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P., & Souza, A. C. C. (2002). Doença crónica: o enfrentamento pela família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15 (1), 40-47.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar psicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as *coping* assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 416-423.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (1), 78-89.
- Wilkinson, R. B., Walford, W. A., & Espnes, G. A. (2000). *Coping* styles and psychological health in adolescents and young adults: a comparison of moderator and main effects models. *Australian Journal of Psychology*, 52 (3), 155-162.