



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**“Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia em
Contexto Institucional: Influência do Suporte Social e da
Dimensão Ocupacional”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Sónia Joana Neiva Pereira



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia em Contexto Institucional: Influência do Suporte Social e da Dimensão Ocupacional”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Sónia Joana Neiva Pereira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2012

Agradecimentos

Como nos diz Mahatma Gandhi, “o caminho para a felicidade não é reto. Existem curvas chamadas equívocos, existem semáforos chamados amigos, luzes de cautela chamadas família. E tudo se consegue se tens: um step chamado decisão, um motor poderoso chamado amor, um bom seguro chamado fé, combustível abundante chamado paciência, mas acima de tudo um motorista habilidoso chamado Deus”.

Por isso quero agradecer, desde já, à Direção da Casa de Saúde São João de Deus de Barcelos que me permitiu fazer a recolha de dados para que se torna-se possível esta dissertação. Para além disso, quero agradecer a todas as pessoas que fizeram parte deste meu percurso, especialmente aos meus pais, irmão e avó que estiveram sempre lá mesmo quando desanimava e pensava que não seria capaz, e aos meus amigos. Não poderia esquecer o meu agradecimento à Doutora Eleonora Costa e Doutora Cláudia Sousa pela minha orientação.

Resumo

A esquizofrenia, considerada, atualmente, o transtorno mental mais grave, caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, o que afeta diversas áreas da vida do indivíduo. Segundo a revisão a literatura, o suporte social bem como a dimensão ocupacional são referidos como fatores de proteção e promoção de saúde, que levam, deste modo, a uma melhor qualidade de vida e a uma melhor percepção de bem-estar. Assim, o objetivo desta dissertação passa por verificar o suporte social e a dimensão ocupacional influência a percepção que os utentes têm da qualidade de vida e bem-estar. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, transversal com uma amostra de 30 utentes, da Casa de Saúde São João de Deus, sendo que 15 pertencem à reabilitação e os outros 15 a uma unidade de doentes crónicos. Dos resultados apurados verifica-se que existe uma correlação positiva entre qualidade de vida, bem-estar e suporte social em ambos os grupos e que os utentes com atividade ocupacional percebem melhor bem-estar geral e qualidade de vida nas dimensões psicológica e de relações sociais. Por último, verifica-se que os utentes com maior tempo de internamento vêm a sua qualidade de vida e bem-estar comprometidos. Espera-se que esta investigação seja um contributo a nível de conhecimentos na área de saúde, relativamente à importância do suporte social e da atividade ocupacional, como fatores protetores, para o bem-estar e qualidade de vida de doentes com esquizofrenia.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Qualidade de Vida, Bem-Estar, Suporte Social e Dimensão Ocupacional.

Abstract

Schizophrenia, currently considered the most severe mental disorder, is characterized by the presence of signs and symptoms in the area of thought, perception and emotions, which affects multiple areas of functioning. According to the literature review, social support as well as the occupational dimension are referred to as protective factors and health promotion, leading thus to a better quality of life and a better perception of well-being. The objective of this work is to verify the social support and occupational dimension influence the perception that users have quality of life and well-being. This is a quantitative, correlational, cross-sectional sample of 30 users, the House of St John of God Health, of which 15 belong to the rehabilitation and the other 15 to a unit of the chronically ill. From the results obtained it appears that there is a positive correlation between quality of life, well-being and social support in both groups and that users with occupational activity perceive better overall well-being and quality of life and psychological dimensions of social relations . Finally, it appears that users with longer hospitalization come to their quality of life and well-being compromised. It is hoped that this research is a contribution level of knowledge in the area of health, on the importance of social support and occupational activity, protective factors, to the well-being and quality of life of patients with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Quality of Life, Well-Being, Social Support and Occupational Dimension.

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Índice de Tabelas	VII

Índice

	Página
Introdução	1
 Parte I – Enquadramento Teórico	
1. Esquizofrenia	5
1.1. Conceptualização Teórica	5
1.2. Descrição Clínica e Classificação	6
1.3. Subtipos da Esquizofrenia	7
1.4. Epidemiologia	8
1.5. Esquizofrenia e Cognição	9
2. Conceito de Qualidade de Vida	11
2.1. Qualidade de Vida e Saúde Mental	12
2.1.1. Qualidade de Vida na Esquizofrenia	13
3. Conceptualização de Bem-Estar	14
3.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo	15
3.2. Saúde e Bem-Estar Subjetivo	17
4. Influência dos Fatores Suporte Social e Dimensão Ocupacional na Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia	18
4.1. Suporte Social	18
4.2. Dimensão Ocupacional	20
 Parte II – Estudo Empírico	
5. Metodologia	23
5.1. Objetivos e Desenho de Estudo	23
5.2. Variáveis em Estudo	23
5.3. Procedimentos de Recolha de Dados	24
5.4. Amostra	24
5.4.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra	25
5.5. Instrumentos de Avaliação	27
5.5.1. Questionário Sociodemográfico	27

5.5.2. WHO Quality of Life-BREF	27
5.5.2.1. Caraterísticas Psicométricas do Whoqol-Bref.....	27
5.5.3. Self-Evaluation of Wellbeing Questionnaire	28
5.5.3.1. Caraterísticas Psicométricas da SEW	28
5.5.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social	28
5.5.4.1. Caraterísticas Psicométricas da ESSS	29
5.6. Procedimento de Análise dos Dados	29
6. Apresentação dos Resultados	30
6.1. Relação entre Qualidade de Vida, Bem-Estar e Suporte Social	30
6.2. Qualidade de Vida e Bem-Estar em Função da Ocupação	31
6.3. Qualidade de Vida, Bem-Estar e Suporte Social em Função do Tempo de Internamento	32
7. Discussão dos Resultados.....	33
8. Conclusão, Limites de Estudo e Implicações Futuras	36
Referência Bibliográficas	39
Anexos	

Índice de Tabelas

Quadro 1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=30)	25
Quadro 2. Caraterização Clínica da Amostra (N=30)	26
Quadro 3. Coeficiente de correlação de <i>Spearman's Rho</i> entre as subescalas Domínio psicológico e Relações sociais do Whoqol-Bref, total da SEW e total da ESSS (N=30).....	31
Quadro 4. Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> na comparação de grupos em função da ocupação, para o domínio psicológico e das relações sociais da qualidade de vida e para o bem-estar (N=30)	32
Quadro 5. Resultados do teste <i>U de Mann-Whitney</i> na comparação de grupos em função do tempo de internamento, para o domínio psicológico e das relações sociais da qualidade de vida, para o bem-estar e para o suporte social (N=30)	33

Introdução

A Esquizofrenia, etimologicamente, deriva do grego, *esquizo* que significa "cisão" e *frenia* que significa "mente", e é considerado um dos transtornos mentais mais graves que existe. Esta perturbação afeta cerca de 1% da população mundial e, normalmente, manifesta-se no final da adolescência ou no início da vida adulta, tanto nos homens como nas mulheres, podendo, por vezes, ser despoletada na infância ou na meia-idade (OMS, 1948, cit in Ribeiro, 1997).

A classificação desta perturbação, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatri Association, 2002), baseia-se, essencialmente, na presença de sintomas psicóticos, como alucinações, dissociação do pensamento, delírios, comportamento desorganizado ou catatônico e embotamento afetivo. Para além disso, a esquizofrenia apresenta sinais e sintomas na área do pensamento, perceção e emoções, que prejudicam o indivíduo em áreas importantes da sua vida, como a ocupacional, cuidado pessoal e relações interpessoais e familiares. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2000), a esquizofrenia apresenta como principais características: o eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a difusão do pensamento, a perceção delirante, ideias delirantes de controlo, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, e transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução desta doença pode ser episódica, com ocorrência de um défice progressivo ou estável, contínua ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta (OMS, 1948, cit in Ribeiro, 1997).

Assim sendo, uma vez que o suporte social e a dimensão ocupacional são fatores apontados pela literatura como protetores no contexto de saúde mental, neste estudo pretende-se compreender a influência dos mesmos na qualidade de vida e bem-estar em pacientes institucionalizados, com diagnóstico de esquizofrenia.

Em contexto de saúde mental, a avaliação da qualidade de vida tem sido bastante estudada, de forma a compreender os fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida e promover a reinserção social em utentes com patologia psiquiátrica (Cesari & Bandeira, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este conceito remete para a perceção que a pessoa tem acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores nos quais está inserida em relação com os seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000). Para além disso, autores como Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) e Frutuoso (1999, cit in Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007) acrescentam que a qualidade de vida pode estar relacionada com outras variáveis como o suporte social, o estado emocional e a capacidade funcional.

O bem-estar subjetivo é uma variável que tem vindo a ser estudada nos últimos anos, na área da Psicologia. Vários autores definem este conceito como um conjunto de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, os domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida, ou seja, de um modo lato, como as pessoas definem e avaliam as suas vidas (Giacomoni, 2004).

Segundo a revisão da literatura, o suporte social e a dimensão ocupacional dimensões capazes de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, o que demonstra uma relação com o bem-estar e a qualidade de vida. Relativamente ao suporte social, Bowling (1997, cit in Siqueira, 2008) afirma que esta dimensão se refere a um processo interativo que assenta em ajudas emocionais, instrumentais ou financeiras advindas das redes sociais. Neste sentido, Gray, Ventis e Hayslip (1992) e Krause (2001) acrescentam que o suporte social remete para a capacidade de interagir socialmente ou, por outras palavras, para a frequência de contactos com os outros, ao apoio recebido, quantidade de ajuda fornecida por elementos da rede social e o apoio percebido. Podemos, ainda, distinguir duas formas de suporte social: o informal (familiares, amigos) e o formal (organizações sociais e profissionais que fornecem ajuda ao indivíduo) (Dunst & Trivette, 1990).

No que diz respeito às atividades ocupacionais, vários autores, como o caso de Marwaha e Johnson (2004) e Dickerson, Stallings, Origoni, Boronow, Sllens e Yolken (2008), apontam esta dimensão como uma mais valia, em pacientes com esquizofrenia, levando a um menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomas, diminuição do número de internamentos, aumento da qualidade de vida e da autoestima. Para além disso, esta é uma dimensão apontada como um preditor positivo para um bom prognóstico em esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 2007),

Atendendo ao exposto, mostra-se pertinente estudar e compreender a relação que se estabelece entre as variáveis mencionadas anteriormente, visto serem apontadas pela literatura como fatores que influenciam a qualidade de vida e o bem-estar dos utentes com esquizofrenia, sendo esta uma das perturbações mentais mais graves e com elevado

grau de deterioração nos vários contextos da vida do sujeito. Para além disso, apesar dos estudos incidirem bastante sobre o estudo do suporte social e a sua influência em contexto de saúde mental, o mesmo não se verifica no que diz respeito à dimensão ocupacional, onde se verifica ainda escassez de estudos. Contudo, em contexto prático, é claramente perceptível a influência que este fator tem na vida destes indivíduos, tendo uma grande influência no seu bem-estar e qualidade de vida.

Deste modo, importa salientar que o interesse por esta investigação foi despoletado pela visível influência que, quer o suporte social, quer a dimensão ocupacional, têm sobre a qualidade de vida e bem-estar destes utentes. Apesar de ser importante considerar o impacto que a esquizofrenia tem na dimensão cognitiva deste indivíduos, o que leva muitas vezes a uma alteração da perceção real destas dimensões, importa compreender como os utentes vivem estas realidades para serem promovidos mais programas neste âmbito, uma vez que é considerada uma das perturbações mais graves e com alteração nos vários domínios da vida dos indivíduos.

Parte I – Enquadramento Teórico

A primeira parte deste estudo consiste numa revisão teórica acerca da esquizofrenia, qualidade de vida e bem-estar, e duas das dimensões apontadas pela literatura como influentes nas dimensões apontadas anteriormente. Em primeiro lugar, caracteriza-se o conceito de esquizofrenia, a descrição clínica e classificação, a epidemiologia e o défice cognitivo que se verifica nestes utentes. Nesta primeira parte será ainda abordada a temática da qualidade de vida e do bem-estar, a evolução de cada um dos conceitos e a sua relação com a saúde. Para além disso, são ainda descritas duas dimensões, suporte social e dimensão ocupacional, que se apontam como fatores que influenciam a qualidade de vida e bem-estar de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Desta forma, pretende-se destacar a importância do presente estudo e subsequente investigação nesta área.

1. Esquizofrenia

1.1 Conceptualização Teórica

A Esquizofrenia é considerada um problema de saúde pública e um grande problema social, tendo em conta o seu risco populacional, não variando muito ao longo do tempo e mantendo-se constante ao longo de várias décadas.

O conceito de esquizofrenia é relativamente recente, não tendo mais de 100 anos. Inicialmente descrito, pelo médico e anatomista inglês Willis, em 1602 (Cardoso, 2002), como um quadro, que se iniciava na juventude, e levava brevemente à demência. Já no início do século XIX, Pinel (1810, cit in Cardoso, 2002; Shean, 2004) e Esquirol (1815, cit in Cardoso, 2002; Shean, 2004) apresentam-se como precursores na psiquiatria ao introduzir o pensamento sobre a classificação e ordenação das loucuras – o termo psicose ainda não existia, contudo a loucura abrangia as suas formas. Um novo passo para a definição desta patologia surge em 1887, quando Kraepelin (Afonso, 2002; Garrabé, 2004; Noronha & Noronha, 2008; Silva, 2006), adotando o critério evolutivo para efeitos de diagnóstico, agrupa a demência precoce de Morel, a hebefrenia de Hecker, a catatonia de Kahlbaum e a demência paranóide, da sua autoria, sob o espectro de um mesmo grupo nosográfico (Afonso, 2002; Silva, 2006). Porém, só em 1911 surge o conceito de esquizofrenia, proposto por Bleuler, tendo como significado desdobramento, cisão ou mente fendida, encerrando o conceito em si mesmo, o cerne da perturbação esquizofrénica: a perturbação do pensamento (Elkis, 2000; Noronha & Noronha 2008; Quarantini, Serra & Oliveira, 2005). A compreensão fenomenológica da patologia tem, anos mais tarde, o contributo de Jasper e Rümke mas é Kurt Schneider (1948, cit in Elkis, 2000) que organiza os sintomas da esquizofrenia em torno dos de primeira e segunda ordem, com um rigor até aí não alcançado. O mesmo autor identificava os sintomas de primeira ordem como ouvir os pensamentos alto, escutar vozes argumentando ou contra-argumentando, escutar vozes que acompanham as próprias atividades, ter vivências de influência corporal, roubarem os pensamentos, sentir-se influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontades e ter perceção delirante (Schneider, 1957, Elkis, 1990, cit in Elkis, 2000). Posteriormente, autores como Lopez Ibor, Barahona Fernandes, Henry Ey, Klaus Conrad e Fernandes da Fonseca deram os seus contributos, apresentando perspectivas que se enlaçam entre si

num campo que ainda permanece, na sua totalidade, por desvendar (Elkis, 2000; Cardoso, 2002).

Desta forma, compreendemos que autores como Kraepelin, Bleuler e Schneider formam grandes contributos para a conceptualização de esquizofrenia e ainda hoje os seus conceitos estão presentes como critérios de diagnóstico (Afonso, 2002; Elkis, 1990, Elkis, Friedman, Thompson, Maes & Meltzer, 1995, Santos, Blizzard & Mann, 1998, cit in Elkis, 2000; Garrabé, 2004).

Etimologicamente este conceito deriva do grego, *esquizo* que significa "cisão" e *frenia* que significa "mente", fazendo alusão à quebra entre as funções do pensamento, da afetividade e do comportamento (Silva, 2006).

1.2. Descrição Clínica e Classificação

De uma forma geral, os primeiros sinais e sintomas da esquizofrenia surgem na adolescência, com um curso persistente e deterioração progressiva das capacidades mentais (Kaplan & Sadock, 1999). Os mesmos podem despontar de forma abrupta mas, frequentemente, aparecem de forma disfarçada. Para além disso, podem ser classificados segundo a função neurológica (a nível de pensamento, afetividade e motricidade), segundo a fase da doença (aguda ou crónica) ou segundo a qualidade dos mesmos (como positivos ou negativos). Os sinais e sintomas característicos da esquizofrenia podem ser agrupados em positivos, como alucinações, delírios, perturbações da forma e do curso do pensamento, comportamento desorganizado, bizarro, agitação psicomotora e negligência dos cuidados pessoais, e negativos, nomeadamente pobreza do conteúdo do pensamento e da fala, embotamento ou rigidez afetiva, sensação de não conseguir prazer ou emoções, isolamento, ausência ou diminuição de iniciativa, de vontade, falta de persistência em atividades laborais ou escolares e défice de atenção (Kapezinski, Quevedo & Izquierdo, 2000).

No que se refere à duração dos sinais e sintomas a literatura não é muito consensual, contudo, aponta-se que, para se diagnosticar esta perturbação, os mesmos devem estar presentes num período significativo de um mês, sendo que alguns sinais persistem pelo menos seis meses, nomeadamente os que estão associados às disfunções social e ocupacional (Weiner, 1998).

Contudo, ainda não existe um critério de diagnóstico consensual, sendo, normalmente, utilizados para o diagnóstico da perturbação os seguintes manuais: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) ou manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Segundo o DSM-IV (APA, 2002), a esquizofrenia é uma patologia onde se verifica, essencialmente, a presença de sintomas psicóticos, como alucinações, dissociação do pensamento, delírios, comportamento desorganizado ou catatônico e embotamento afetivo. Para além disso, a perturbação esquizofrénica apresenta sinais e sintomas na área do pensamento, perceção e emoções, que prejudicam o indivíduo em áreas importantes da sua vida, como a ocupacional, cuidado pessoal e relações interpessoais e familiares.

Na mesma ótica, tendo em conta a CID-10 (OMS, 2000) as principais características da esquizofrenia são: eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a perceção delirante, ideias delirantes de controlo, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, e transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução desta doença pode ser episódica, com ocorrência de um défice progressivo ou estável, contínua ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta (OMS, 1948, cit in Ribeiro, 1997).

1.3. Subtipos de Esquizofrenia

Os subtipos são definidos segundo a sintomatologia predominante na altura de avaliação, sendo que podem ser incluídos sintomas característicos de mais do que um subtipo. Segundo o DSM-IV (APA, 2002), os subtipos de esquizofrenia, que serão de seguida descritos, são: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual.

No subtipo paranoide verifica-se uma preocupação com um ou mais delírios e alucinações auditivas frequentes, sendo que nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico, ou afeto embotado ou inadequado (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1999).

Por sua vez, no subtipo desorganizado todos os seguintes sintomas são proeminentes: discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inadequado. Para além disso, não são satisfeitos os critérios para o subtipo catatônico (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1999).

O subtipo catatônico é caracterizado pela acentuada perturbação psicomotora que pode envolver imobilidade motora, atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos), extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo, peculiaridades do movimento voluntário evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes) e ecolalia ou ecopraxia (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1999).

No que se refere ao subtipo indiferenciado, estão presentes pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento totalmente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia ou abolição), mas não são satisfeitos os critérios para os subtipos paranoide, desorganizado ou catatônico (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1999).

Por último, o subtipo residual é caracterizado por ausência de delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminente. Verifica-se, ainda, evidências contínuas de perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados com o critério A para esquizofrenia, presente de forma atenuada (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns) (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1999).

1.4. Epidemiologia

No que se refere à epidemiologia é fundamental ressaltar a etiologia e prognóstico no que se refere a esta perturbação.

A esquizofrenia, como a maioria dos transtornos mentais, não possui uma única causa, sendo considerados os fatores genéticos, ambientais e as suas interações. Atualmente é reconhecido que quanto maior for o grau de parentesco entre duas pessoas

mais provável será que apresentem concordância em relação a uma doença. Sendo que a prevalência da esquizofrenia é de 1% para a população em geral, a frequência aumenta para 10-15%, quando nos referimos a irmãos dizigóticos em que um dos progenitores é esquizofrénico e para 35% quando ambos os progenitores apresentam essa perturbação. Relativamente a gémeos monozigóticos, filhos de pais esquizofrénicos, a probabilidade supera os 50%. Para além disso, autores têm associado a incidência familiar a um mesmo ambiente familiar, contudo, a hipótese ambiental por si só não tem apresentado resultados consistentes (Weiner, 1998). De entre os fatores ambientais podemos encontrar o *stress*, interações sociais pobres, vírus e infeções, consumos abusivos de drogas e traumatismos em idade jovem.

Normalmente, a esquizofrenia manifesta-se no final da adolescência ou no início da vida adulta, tanto nos homens como nas mulheres, podendo, por vezes, ser despoletada na infância ou na meia-idade (OMS, 1948, cit in Ribeiro, 1997). Sabe-se ainda que surge mais cedo nos homens e com mais sintomas negativos comparativamente com as mulheres que manifestam mais sintomatologia afetiva e ideias delirantes paranoides.

No que se refere ao prognóstico, como as mulheres apresentam um curso mais brando na esquizofrenia, têm um melhor prognóstico e possibilidade de adaptação social (Mari & Leitão, 2000; Seeman, 2000). Para além disso, os estudos sugerem que os pacientes de países menos desenvolvidos apresentam, igualmente, melhor prognóstico (Mari & Leitão, 2000).

1.5. Esquizofrenia e Cognição

É através do processo de cognição que nós tomamos conhecimento do mundo que nos rodeiam, que percecionamos a realidade, executamos comportamentos adaptados ao nosso ambiente, armazenamos informações para mais tarde reconhecer objetos, ou seja, é através deste processo que o ser humano consegue desempenhar diversas atividades, a nível pessoal, social e ocupacional (Marques-Teixeira, 2003). Contudo, quando nos referimos a pessoas com esquizofrenia, vemos todas estas competências alteradas, embora em grau e extensão variáveis (Marques-Teixeira, 2003).

É nos anos 50, com a introdução dos antipsicóticos, que se verifica uma melhoria significativa no que diz respeito aos sintomas positivos, contudo, durante os

anos 60, torna-se claro que a redução da sintomatologia positiva não é suficiente para melhorar a funcionalidade dos pacientes. Surgem então uma série de estudos relativamente ao défice cognitivo, apontado então como uma característica central da esquizofrenia, tornando-se evidente que este pode precipitar os sintomas negativos, que persiste mesmo depois da remissão dos sintomas psicóticos e que se revela indissociável do declínio funcional dos pacientes (Friedman et al., 2001, cit in Marques-Teixeira, 2003; Sharma & Antonova, 2003).

Apesar de ser consensual que na esquizofrenia o défice cognitivo é predominante, não se verifica o mesmo em relação ao início e curso (Marques-Teixeira, 2005). Alguns autores apontam mesmo que esta disfunção pode ser prévia ao desenvolvimento da doença, como O’Carroll (2000) que apresenta um estudo em que um grupo de crianças apresentava dificuldades cognitivas aquando da avaliação e, mais tarde quando voltaram a ser avaliadas, numa fase da adolescência/ início da idade adulta, tinham desenvolvido a doença.

Atualmente, vários programas têm tentado diminuir o impacto do défice funcional de utentes com esquizofrenia, contudo, devido ao fracasso de muitos destes programas, considerou-se que outros fatores poderiam estar a influenciar, nomeadamente o défice cognitivo (Sharma & Antonova, 2003). Num estudo elaborado por Green (1996, cit in Monteiro & Louza, 2007), verificou-se que fatores como o funcionamento social, ocupacional e a vida independente eram preditores de um bom nível funcional.

Deste modo, compreende-se que a esquizofrenia leva a um conjunto de alterações ao nível cognitivo e funcional dos indivíduos o que piora a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos. Segundo a OMS (Cesari & Bandeira, 2010) é fulcral que os serviços de saúde mental proporcionem a estes pacientes todos os cuidados necessários para reduzir o impacto da doença e melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar, sendo, por esse motivo, o tema deste estudo.

2. Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é cada vez mais divulgado na linguagem corrente, na literatura científica e nos meios de comunicação sem, contudo, haver ainda concordância no que se refere ao seu significado. Assim, apesar da utilização extensiva do termo, existe uma grande ambiguidade conceitual e teórica na sua definição (Thompson, Meadows & Lewin, 1998).

Este conceito tem sido alvo de muitas definições ao longo dos anos, por diferentes autores, diferentes abordagens, diferentes áreas de aplicação, sendo um conceito disforme, que, de forma multidimensional, abrange todos os aspetos da vida de um indivíduo (Bowling, 1995). Além disso, aparece muitas vezes associado a termos como satisfação com a vida, felicidade e bem-estar subjetivo, o que tem dificultado a delimitação científica dos mesmos, uma vez que, mesmo que relacionados, estes conceitos são estruturalmente diferentes (Frisch, 2000). Alguns autores defendem, ainda, que este conceito, de uma forma geral, inclui aspetos relacionados com padrões de vida, abrigo, alimentação, segurança, fatores ambientais, físicos e sociais, entre outros.

É após a segunda guerra mundial que este conceito começa a ganhar valor, sendo que, com o reerguer da sociedade ocidental, surgem novas expectativas de vida e a “boa vida”, termo utilizado na altura, passa a ser associada à conquista de bens materiais (casa, carro, eletrodomésticos). É neste sentido que começam a surgir indicadores económicos (produto interno bruto, rendimento per capita, taxas de desemprego) que pretendiam traduzir a qualidade de vida de cada população, como forma de comparação entre países, regiões e culturas (Paschoal, 2000).

Com o passar os anos, o conceito de “boa vida” ganha novos contornos, adquirindo o significado de “qualidade de vida” e, com isso, surgem novos indicadores: taxa de mortalidade infantil, esperança média de vida, taxa de evasão escolar, taxa de violência, saneamento básico, nível de poluição, condições de habitação, de qualidade de transporte e lazer, de emprego (Paschoal, 2000).

Posteriormente, os investigadores começam a compreender que todos estes indicadores, embora importantes para estudos populacionais, pela sua objetividade, começam a ser insuficientes para traduzir o que é qualidade de vida de cada indivíduo. Assim, começa a emergir a importância de estudar este conceito de uma forma

subjetiva, privilegiando a opinião de cada sujeito, focando-se não apenas no que o investigador compreende por qualidade de vida mas sim o que cada pessoa julga ser. É desta forma que surge o conceito de qualidade de vida subjetiva (Bowling, 1995; Farquhar, 1995; WHOQOL Group, 1995; Ware, 1993).

Tendo por base este pressuposto, vários autores começam a apresentar definições para este conceito. Para Shin e Jonhson (1978, cit in Bowling, 1997), qualidade de vida consiste na obtenção de recursos necessários para satisfação das necessidades e desejos de cada indivíduo, para o desenvolvimento pessoal e autorrealização e comparação dele mesmo com o outro. Na mesma ótica, Mendola e Pelligrini (1979, cit in Bowling, 1997) nomeiam qualidade de vida como o atingir de uma situação social satisfatória de cada indivíduo, dentro dos seus limites da capacidade física percebida. Birren e Dieckmann (1991, cit in Jette, 1993) apresentam um conceito mais geral que indica qualidade de vida como a abrangência de várias características do envolvimento social, físico, de saúde e estados internos do indivíduo. Segundo a OMS (1997), este conceito remete para a percepção que a pessoa tem acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores nos quais está inserida em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck et al., 2000). Para além disso, autores como Santos e colaboradores (2002) e Frutoso (1999, cit in Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007) acrescentam que a qualidade de vida pode estar relacionada com outras variáveis como o suporte social, o estado emocional e a capacidade funcional.

O termo qualidade de vida, inicialmente, abrangia várias dimensões da vida das pessoas. Segundo Campbel e colaboradores (1976, cit in Pais-Ribeiro, 2009), são 12 os domínios a ser considerados: comunidade, educação, vida familiar, amigos, saúde, habilitações, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho.

2.1. Relação entre Qualidade de Vida e Saúde Mental

Na área de saúde o interesse deste conceito advém da definição da OMS (s.d. cit in Seidl & Zannon, 2004), sendo qualidade de vida entendida como um estado completo de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual e não apenas a ausência de doença.

Em contexto de saúde mental, a avaliação da qualidade de vida tem sido bastante estudada, de forma a compreender os fatores que contribuem para uma melhor

qualidade de vida, de forma a promover a reinserção social em utentes com patologia psiquiátrica (Cesari & Bandeira, 2010). Isto porque, a saúde parece ser o domínio que melhor explica a qualidade de vida em geral, influenciando, por isso, a definição de qualidade de vida.

2.1.1. Qualidade de Vida na Esquizofrenia

O interesse do estudo da qualidade de vida nos utentes com esquizofrenia surgiu da crescente preocupação com o retorno dos doentes crónicos à comunidade, de forma a reinseri-los na comunidade, evitando o preconceito (Santos, 2004; Scazufca, 2000; Souza & Coutinho, 2006; Villares, 2000). Certamente é necessário uma família, emprego, casa e muitos outros requisitos que tornam as condições de vida úteis obtendo medidas de saúde adequadas (OMS, s.d, cit in Seidl & Zannon, 2004; Santos, 2004; Souza & Coutinho, 2006).

Foi ao longo dos anos 80 que o conceito de qualidade de vida se estendeu para além das doenças físicas, abrangendo as doenças mentais crónicas, como o caso da esquizofrenia, na sequência da tentativa de *desinstitucionalização*, que ocorreu nessa década. Neste sentido, começa a verificar-se um aumento crescente dos testes e escalas para medir a qualidade de vida dos pacientes. Assim, com a passagem dos utentes para a comunidade, tornou-se inevitável a preocupação com esta dimensão (Basu, 2004).

Segundo Katschnig (2000, cit in Souza & Coutinho, 2006) os doentes com esquizofrenia, em comparação com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais (devido aos sintomas) que os levam muitas vezes à permanência de tratamentos especializados. Para além disso, são submetidos a uma série de preconceitos e têm de passar pelo estigma associado à esquizofrenia (Souza & Coutinho, 2006). Salienta-se também que pelo facto de terem recursos pessoais e ambientais muito limitados as dificuldades em usufruir de uma qualidade de vida adequada aumentam (Marques-Teixeira, 2003; Souza & Coutinho, 2006).

Assim, a qualidade de vida em pessoas com esquizofrenia é de extrema importância pois todo o doente mental necessita do respeito de todos para uma vida digna, com assistência, saúde e acompanhamento.

3. Conceptualização de Bem-Estar

Apesar de este constructo, conforme o conceptualizamos hoje em dia, ser bastante recente, as suas raízes ideológicas remontam ao século XVIII, durante o Iluminismo, onde já era defendido que o propósito da existência da Humanidade era a vida em si mesma (Giacomoni, 2004). Assim, é nesta época que a sociedade passa a ser vista como um meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa (Giacomoni, 2004).

É durante o século XIX que surge uma nova convicção, através dos princípios do Utilitarismo: a melhor sociedade seria aquela que promove melhor felicidade para o maior número de pessoas (Veenhoven, 1996, cit in Giacomoni, 2004).

No século XX novas concepções surgem e passam a ser consideradas componentes como a literacia, o controlo das epidemias e da eliminação da fome para uma vida boa. Posteriormente, passam a utilizar-se outras medidas como os ganhos monetários, a segurança dos rendimentos e do grau de igualdade de rendimentos (Veenhoven, 1996, cit in Giacomoni, 2004).

É apenas em 1960, com a generalização dos Estados de Providência, que se apela a uma nova consciencialização de bem-estar e das suas medidas, procurando acentuar mais a condição humana do que o bem-estar material (Veenhoven, 1996, cit in Giacomoni, 2004).

Durante a década de 60, identificada como um dos momentos de crise na evolução deste conceito, surge a necessidade de distinguir entre o bem-estar em geral e o bem-estar material, sendo que este constructo passa a ser assumido como uma dimensão global, assumindo dimensões da vida do indivíduo como um todo, não apenas a nível económico mas também de saúde, relações, satisfação com o trabalho, liberdade política, entre outros (Novo, 2003; Van Praag & Frijters, 1999). Esta mudança conceptual no conceito de bem-estar foi refletida nos estudos empíricos e desenvolvimento de escalas que surgiram entre a década de 60 e 80. Dos principais estudos ressaltam-se os de Andrews e Robinson (1991) que pretendiam identificar o nível médio de bem-estar subjetivo expresso pela população em função dos grupos demográficos. Para além deste, salientam-se os estudos de Cantril (1967) através dos quais se desenvolveu a Lader Scale, onde as pessoas tinham de identificar o seu nível de bem-estar subjetivo, e estudos elaborados pelo *Gallup International Research Institute*

que incluíam inquéritos sobre felicidade e satisfação com a vida em domínios específicos.

Na década de 70, paralelamente à segunda revolução de saúde onde se defendia o enfoque na saúde ao invés da doença, surgindo os conceitos de promoção de saúde e estilo de vida (Pais-Ribeiro, 2005), o conceito de bem-estar surge associado ao conceito de saúde e generaliza-se à saúde mental (Terris, 1975; O’Donnel, 1986). Desta forma, as investigações referentes ao estudo do bem-estar subjetivo indicam que as pessoas não devem apenas evitar o mal mas procurar a felicidade e, com este marco no conceito de bem-estar, surge uma viragem nos modelos de orientação da Psicologia para a saúde mental. Assim, para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida assumem uma posição central, consideradas por vezes isoladamente, como sinónimos ou integradas (Sirgy, 2002; Veenhoven, 2000).

Por volta da década de 80 uma nova crise surge na conceptualização de bem-estar com a necessidade de distinguir bem-estar psicológico de bem-estar subjetivo (Novo, 2003). Segundo Novo (2003), o conceito de bem-estar subjetivo forma um campo de estudo que integra as definições de afeto e satisfação com a vida e bem-estar psicológico constitui um outro campo referente aos conceitos de autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósitos na vida e desenvolvimento pessoal.

Apesar de recente, o conceito de bem-estar subjetivo tem sido alvo de grande atenção por parte da comunidade científica, sendo que, entre 1968 e 1983, surgiram mais de 700 estudos sobre esta temática (Diener, 1984) e, entre 1970 e 1990, vários milhares de novos estudos foram publicados (Andrews & Robinson, 1991).

3.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo

Sendo uma área da Psicologia, o estudo do bem-estar subjetivo tem vindo a aumentar nos últimos anos, sobrepondo-se a estudos que têm utilizado diversas nomeações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (Giacomoni, 2004). De uma forma lata, este conceito remete para a forma como as pessoas avaliam as suas vidas (Diener, 1996, cit in Giacomoni, 2004), ou seja, para a forma como as pessoas experienciam as suas vidas positivamente (Giacomoni, 2004).

A história deste constructo é relativamente recente, considerando o seu nascimento a partir da tese de Wilson (1960, cit in Giacomoni, 2004), há cerca de 45 anos, tal como hoje é definido. Neste mesmo estudo, a proposta de Wilson (1960, cit in Giacomoni, 2004) baseou-se no estudo da relação entre bem-estar, satisfação e felicidade, segundo uma perspectiva Base-Topo.

O conceito de bem-estar desenvolveu-se em duas vertentes distintas: uma ligada ao desenvolvimento do adulto e à saúde mental e a outra relacionada com aspetos psicossociais, com qualidade e satisfação com as condições e circunstâncias da vida (Novo, 2003). Após várias crises na definição de bem-estar, atualmente é consensual que o conceito de bem-estar subjetivo engloba duas dimensões: a dimensão cognitiva, que exige um juízo avaliativo em termos de satisfação com a vida, e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa em termos de felicidades ou de emoções específicas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Sagiv & Schwartz, 2000).

Relativamente às teorias e modelos explicativos deste constructo, podemos diferenciar dois grandes grupos: *bottom-up* e *top-down* (Giacomoni, 2004). No que se refere ao primeiro, as teorias estavam mais preocupadas em identificar fatores externos, situações e variáveis-sociodemográficas que afetavam a felicidade, ou seja, assumiam que o ser humano era carece de uma série de necessidades básicas e a sua satisfação, ou não, levava à felicidade. Deste modo, estas teorias apontavam que as pessoas tinham uma propensão para interpretar situações e experiências de vida, quer de forma positiva quer negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação que faziam das suas vidas. Por sua vez, as teorias *top-down* indicavam que os indivíduos é que interpretam subjetivamente os eventos de vida e isso é que influenciava o bem-estar subjetivo e não as próprias circunstâncias objetivas, como sugerido nas abordagens anteriores (Giacomoni, 2004).

Segundo McCullough, Heubner e Laughlin (2000), o bem-estar subjetivo é constituído por três componentes: a satisfação com a vida global (avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo); o afeto positivo (frequência de emoções positivas como um todo); e o afeto negativo (frequência de emoções negativas).

Na mesma ótica, Sirgy (2002) refere-se ao bem-estar subjetivo como um estado afetivo perdurável, composto por três componentes: experiência acumulada de afeto

positivo em domínios de vida salientes, experiência acumulada de afeto negativo em domínios salientes e avaliação da satisfação com a vida global.

Ainda Diener, Suh e Oishi (1997) definem três componentes primários de bem-estar subjetivo: satisfação (satisfação com os vários domínios da vida), afeto positivo (emoções como alegria, amizade e orgulho) e baixos níveis de afeto negativo (emoções como vergonha, culpa e tristeza). Segundo os autores, estes três componentes podem formar um fator global ou variáveis interrelacionadas.

3.2. Saúde e Bem-Estar Subjetivo

A relação entre bem-estar subjetivo e saúde toma o seu relevo na década de 70 devido à segunda revolução na saúde. É através desta revolução que passa a defender o retorno a uma perspetiva ecológica na saúde, com enfoque na própria saúde e não na doença. Nesta linha nascem conceitos como promoção de saúde e estilo de vida e a saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, como uma dimensão da qualidade de vida e não um objetivo a ser alcançado (Pais-Ribeiro, 1998). É neste sentido que o conceito de bem-estar subjetivo aparece conscientemente associado ao conceito de saúde, generalizando-se à saúde mental (O'Donnel, 1986; Terris, 1975). Assim, a Psicologia, ao invés de se focar exclusivamente nos fatores que conduzem a perturbações, passa a interessar-se pelos aspetos positivos da saúde mental, tornando-se consensual que este conceito está para além da ausência de doenças mentais e que inclui dimensões como bem-estar subjetivo, perceção de autoeficácia, autoestima, competências, entre outras. Neste sentido, o bem-estar subjetivo pode ser enquadrado como uma dimensão da saúde mental (Diener, Suh & Oishi, 1997).

É com a associação entre saúde e bem-estar subjetivo que surge uma orientação da Psicologia para a saúde mental, o que despoletou medidas de avaliação dos indicadores de saúde mental com variáveis como satisfação com a vida, a felicidade, o afeto positivo e o afeto negativo (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Desta forma a saúde constitui uma dimensão chave, não só da qualidade de vida, como do bem-estar individual.

4. Influência dos Fatores Suporte Social e Dimensão Ocupacional na Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia

Segundo a revisão da literatura, o suporte social e a dimensão ocupacional são dimensões importantes para a qualidade de vida e bem-estar de pessoas com perturbação psiquiátrica, nomeadamente esquizofrenia. Vários estudos apontam estas mesmas dimensões como protetoras de quadros de descompensação a nível clínico (Abrunheiro, 2005; Barrón, 1996; Benetton, 2006; Dickerson et al., 2008; Martins, 2005; Marwaha & Johnson, 2004; Ribeiro, 1999; Scherer & Scherer, 2001; Seidl & Tróccoli, 2006; Silva et al., 2003). Assim, ter suporte social e um “trabalho” assume-se como essencial para uma vida com qualidade e bem-estar em utentes com esquizofrenia.

4.1. Suporte Social

Atualmente, o conceito de suporte social é um dos principais conceitos na área da psicologia da saúde, isto porque, tem sido utilizado para referenciar os mecanismos pelos quais as relações interpessoais têm impacto na prevenção de doenças mentais e orgânicas, nomeadamente em situações de *stress*, na diminuição da gravidade da doença e na recuperação da mesma (Cohen & McKay, 1984, Dunbar, Ford & Hunt, 1998, Wills, 1997, cit in Silva et al., 2003; Dunbar, Ford & Hunt, 1998, cit in Ribeiro, 1999).

A história deste conceito é relativamente recente, incluindo contribuições desde o início do século XX até finais dos anos 60, de áreas como a Psicologia e a Sociologia (Nunes, 2005). É a partir da década de 70 que se verifica um aumento da investigação nesta área, isto porque, de entre outros fatores, se torna relevante compreender a relação entre suporte social e os indicadores de presença ou ausência de determinadas doenças (Dela-Coleta, 2007; Matsukura, Marturano & Oishi, 2002; Nunes, 2005; Winemiller, Mitchell, Sutliff & Cline, 1993).

Apesar de, inicialmente, não haver unanimidade em relação à definição deste conceito (Kessler, Prince & Wortman, 1985, cit in Silva et al., 2003), atualmente, é consensual que o mesmo deve ser compreendido como uma experiência pessoal, sendo de extrema importância a intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido (Silva et al., 2003). Neste sentido, surge a necessidade de distinguir suporte social percebido de suporte social recebido, sendo que o primeiro se refere à avaliação,

de uma forma geral, que a pessoa faz dos vários domínios da sua vida relativamente aos que julga que é querido e que lhe reconhecem valor e, o segundo, diz respeito à forma como o sujeito avalia o suporte que recebeu de uma outra pessoa que lhe prestou apoio numa dada situação (Cramer et al., 1997, Heller et al., 1986, Ornelas, 1994, Ribeiro, 1999, Sarason et al., 1983, cit in Silva et al, 2003).

Vários estudos demonstram que o suporte social tem uma grande influência em determinados domínios da vida de um indivíduo, como é o caso de bem-estar e da qualidade de vida (Wartman & Dunkel-Schetter, 1987, cit in Abrunheiro, 2005). Um dos estudos pioneiros nesta área foi o de Cassel e Cobb em 1976 que pretendia apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas, de forma a compreender como a inexistência ou instabilidade de suporte social podia aumentar a vulnerabilidade a doenças e, por sua vez, a existência protegia os sujeitos de danos à saúde física e mental (Barrón, 1996; Martins, 2005; Seidl & Tróccoli, 2006). Além disso, Seeman e McEwen (1996) e Wills (1997, cit i Silva et al., 2003) avançam com algumas hipóteses, também como forma de compreender a influência do apoio social na saúde e nas doenças: primeiro, a hipótese de que o apoio social tem efeitos a nível das respostas neuroendócrinas, o que faz com que a ansiedade e tensão muscular diminuam; segundo, a hipótese de que o suporte social contribui para o aumento da auto-estima; e terceiro, a hipótese de que o suporte social diminui a depressão e leva as pessoas a avaliar os *stressores* como menos graves. Para além disso, a OMS (2003) considera que o suporte social é uma importante contribuição para a saúde, uma vez que, o facto de pertencer a uma rede social parece levar as pessoas a sentirem-se amadas, estimadas e valorizadas, tendo, por isso, um efeito protetor na saúde.

A investigação tem vindo a demonstrar que, para além do suporte social poder ser um amortecedor do impacto do *stress* na saúde, este também pode estar associado com a redução do bem-estar ou com o agravamento dos efeitos dos stressores (Dunbar, Ford & Hut, 1998, cit in Ribeiro, 1999). Isto porque, por exemplo em contexto hospitalar ou de lar, a falta de suporte social torna-se patente, levando os utentes a sentirem-se abandonados e desvalorizados pelas famílias. Privados de levar a cabo as suas atividades de vida diárias e estabelecer as relações interpessoais que foram criadas ao longo de anos de vida, a perceção de suporte social diminui acentuadamente, o que interfere de forma negativa na saúde dos mesmos (Dowdy, 1997). Assim, maior/menor suporte social pode ser considerado um fator de redução/aumento de doenças

psiquiátricas/psicológicas, tais como depressão, ansiedade e esquizofrenia (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Barrón, 1996, cit in Rodrigues & Madeira, 2009).

Numa revisão da literatura, Ornelas (1996, cit in Rodrigues & Madeira, 2009) demonstra que indivíduos com esquizofrenia apresentam uma rede de suporte social menor do que pessoas sem história de doença mental. Para além disso, as mesmas são caracterizadas por ambivalência emocional, e assimetrias. O mesmo autor acrescenta que as redes sociais destes utentes tendem a ser dominadas por familiares que, por vezes, são hostis e ostentam um maior número de intra-relações. Deste modo, constata-se que para além de os doentes mentais com esquizofrenia terem um menor número de recursos sociais também os utilizam menos vezes (Ornelas, 1996).

4.2. Dimensão ocupacional

Ao longo da vida, todas as pessoas ocupam determinada posição no espaço social, com determinadas funções que nos ajudam a compreender as mudanças que ocorrem no curso da vida de um indivíduo. Contudo, os diferentes papéis adotados variam de acordo com idade e hierarquia, sendo que o desenvolvimento implica mudança de papéis e, por sua vez, esta mudança depende do funcionamento adaptativo individual (Kahn & Antonucci, 1979).

Segundo o Modelo de Ocupação Humana, proposto por Gary Kielhofner em 1985 e conceituado nos anos 70 (Hagedorn, 2001), os papéis podem apresentar características positivas, devido à aquisição e uso de habilidades, e negativas, por gerarem tensão, conflitos e ambiguidades (Kahn & Antonucci, 1979). Assim, o homem é considerado um sistema aberto, detentor de um comportamento ocupacional, sendo que esse mesmo comportamento pode ser eficiente ou não (Kielhofner & Burke, 1990). De acordo com o mesmo modelo, a má adaptação pode ocorrer, por exemplo, quando a pessoa não interioriza papéis que orientem o seu comportamento (Oakley, Kielhofner & Barris, 1985).

Desde a antiguidade até aos dias atuais, grandes modificações foram verificadas na área de saúde mental, assim como na conceptualização de ocupação. Segundo Benetton (2006), este conceito era utilizado como medida para assistência e cuidados aos doentes, sendo a primeira técnica utilizada o “treino de hábitos”. Assim, até ao início do século XX, a “ocupação” ganhou várias nomenclaturas, como tratamento do trabalho, ergoterapia e reeducação ocupacional. O termo terapia ocupacional surge em 1914 onde, mais tarde a profissão passou a constituir o seu caráter, onde se passou a considerar a ocupação de

pacientes institucionalizados, tendo como objetivo a promoção destes na sociedade (Benetton, 2006). Para além disso, Benetton (2006) considerava duas premissas no que diz respeito à profissão em utentes psiquiátricos: a vertente humanista, em que o trabalho era ponderado como essencial para a cura; e a nível financeiro a de suprimir custos do internamento aos familiares. Verificava-se, porém, que estes mesmos pressupostos apenas eram satisfeitos para pacientes menos graves.

Deste modo, a Terapia Ocupacional desde os seus primórdios surge como essência “do fazer algo” o que vem sendo aprimorado com o passar dos anos, sendo que, atualmente, a mesma se apresenta com fins terapêuticos e não apenas a mera ocupação. Benetton (1994) ressalva ainda a importância da ocupação para os doentes mentais de forma a manterem-se ativos e não perderem contacto com o mundo real.

Sendo que a Terapia Ocupacional visa a inclusão social e a intervenção, deve-se focar na construção do dia-a-dia, tendo em conta o contexto do paciente, identificar os seus sintomas e ajudar a minimizar as dificuldades ou suprimir as suas necessidades (Duarte & Tedesco, 2002). Vários autores apontam esta terapia como importante no contexto de saúde mental, uma vez que promove a socialização, melhora os relacionamentos grupais, a aceitação da doença, a procura de tratamento, leva os utentes a querer voltar a trabalhar e procurar outras atividades, estimula-os a produzir e a querer vencer a doença através da ocupação (Dias, 1990, Almeida, 1991, cit in Scherer & Scherer, 2001).

Segundo um estudo de Parsons (1958, cit in Oakley, Kielhofren & Barris, 1985), a incapacidade para desempenhar papéis apresenta-se como um precursor para o internamento psiquiátrico. Por sua vez, quando falamos de pacientes com esquizofrenia, os estudos mostram que executar papéis pode ser benéfico para o curso da mesma perturbação, ou seja, a participação em atividades de trabalho está correlacionada positivamente com menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomas, diminuição do número de internamentos, aumento da qualidade de vida e da autoestima (Dickerson et al., 2008; Marwaha & Johnson, 2004).

Para além disso, fatores como inserção social, promoção das capacidades de relacionamentos interpessoais, estado civil, bom ambiente familiar e ajustamento ocupacional são preditores de bom prognóstico em esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 2007).

Tendo em conta o que foi abordado, compreende-se que, sendo que a esquizofrenia prejudica acentuadamente tarefas próprias da fase adulta como a aquisição de uma ocupação de maior responsabilidade, este prejuízo estende-se igualmente para a qualidade de vida e bem-estar destes indivíduos o que nos leva a debruçar sobre esta temática.

Parte II – Estudo Empírico

Nesta segunda parte, dedicar-nos-emos à parte empírica do trabalho que compreende a descrição da investigação realizada. Dedicaremos uma parte à metodologia e outra à descrição dos resultados obtidos. Posteriormente, será realizada a interpretação e discussão dos resultados, e por último, apresentaremos as limitações do estudo, conclusões retiradas e sugestões para futuras investigações.

5. Metodologia

Este ponto tem como objetivo apresentar a metodologia utilizada para a realização do estudo. Serão apresentados inicialmente os objetivos que nos propusemos testar. Posteriormente serão enumeradas as variáveis estudadas e descritos os procedimentos de recolha de dados. Seguir-se-á a caracterização sociodemográfica da amostra total por género. Por fim serão apresentadas as medidas de avaliação e os procedimentos de análise dos dados.

5.1. Objetivos e desenho do estudo

Uma das principais conclusões retiradas da revisão da literatura efetuada, foi a escassez de estudos nacionais sobre influência principalmente da atividade ocupacional na qualidade de vida e bem-estar dos doentes com esquizofrenia. Neste sentido, como objetivo geral, o presente estudo pretende estudar a influência do suporte social e dimensão ocupacional na qualidade de vida e bem-estar na esquizofrenia. Foram considerados como objetivos específicos orientadores do presente estudo: 1) caracterizar a amostra ao nível sociodemográfico, 2) compreender as variáveis qualidade de vida e bem-estar na esquizofrenia e 3) perceber se as variáveis suporte social e dimensão ocupacional influenciam a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes com esquizofrenia.

Com este trabalho pretende-se ainda contribuir para o aumento do conhecimento ao nível da influência de determinados fatores na estabilização do quadro clínico de um paciente com esquizofrenia, nomeadamente a nível da perceção da sua qualidade de vida e bem-estar, tendo em conta a influência do suporte social e da dimensão ocupacional.

Tendo em conta estes objetivos, foi desenvolvido um estudo correlacional do tipo descritivo transversal, com análise comparativa dos dados. Trata-se de um estudo quantitativo prevalecendo as regras de raciocínio dedutivo.

5.2. Variáveis em estudo

As variáveis alvo do presente estudo foram selecionadas tendo por base a revisão bibliográfica efetuada e de acordo com os objetivos do estudo. Assim, as variáveis contidas neste estudo podem ser agrupadas em variáveis clínicas e variáveis sociodemográficas.

Variáveis Clínicas: história familiar de esquizofrenia; consumo de substâncias (tabaco e fármacos).

Variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, proveniência, tempo de internamento, ocupação.

5.3. Procedimento de recolha dos dados

Para a realização deste estudo, recorreremos a uma amostra de conveniência de 30 doentes com diagnóstico de esquizofrenia, em contexto de gabinete, na Casa de Saúde São João de Deus de Barcelos. Foi selecionada esta instituição para a recolha de dados por se tratar de um local de fácil acesso ao investigador e por proporcionar uma amostra significativa da população com diagnóstico de esquizofrenia.

De acordo com as exigências éticas, antes da realização da recolha da amostra foi explicado aos doentes os objetivos da investigação. Foi entregue um consentimento informado sobre o estudo realçando a sua finalidade, a importância do seu contributo para a investigação científica, a garantia da confidencialidade dos dados e salientando ainda o carácter voluntário da participação, podendo a qualquer momento o participante desistir da mesma. As medidas de avaliação foram administradas individualmente na sequência de atendimento programado anteriormente com o paciente. O questionário socio-demográfico foi preenchido pela entrevistadora e os instrumentos de avaliação, na sua maioria, foram autoadministrados.

5.4. Amostra

A amostra foi recolhida na Casa de Saúde São João de Deus, sendo que os sujeitos foram selecionados tendo em conta o suporte social e ocupação, sendo que, para isso, foram divididos em dois grupos: um pertencente à reabilitação, com ocupação e suporte social, e outro grupo de doentes crónicos sem ocupação e sem suporte social. A amostra é considerada não probabilística por conveniência. Este estudo contou com a participação de uma amostra razoável de doentes com esquizofrenia da Casa de Saúde de Barcelos, com idades compreendidas entre 36 e 79 anos (N=30), do género masculino.

Para além disso, considerou-se como critério de inclusão os utentes com diagnóstico de esquizofrenia e como critérios de exclusão todos os doentes que não estavam compensados no momento da recolha de dados.

5.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 30 sujeitos, com idades compreendidas entre os 36 e os 79 anos de idade, divididos em dois grupos, nos quais 15 pertencem à reabilitação e outros 15 a uma unidade de evolução prolongada. Para além disso, 12 (40%) estão internados há cinco ou menos anos enquanto 18 (60%) estão há mais de cinco anos;

Quadro 1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra (N=30)

Variáveis Sócio-Demográficas		
	N	%
Idade		
- <55	16	53,3
- ≥ 55	14	46,7
Estado Civil		
- Solteiros	25	83,3
- Casados	1	3,3
- Divorciados	3	10,0
- Separados	1	3,3
Habilitações Literárias		
- Analfabeto	1	3,3
- Ensino primário	11	36,7
- 5-6 ^a	6	20
- 7-9 ^a	4	13,3
- 10-12 ^a	5	16,7
- Ensino superior	3	10
Proveniência		
- Rural	30	100
Tempo de Internamento		
- ≤ 5 anos	12	40
- > 5 anos	16	60
Ocupação		
- Sim	15	50
- Não	15	50

Destes 30 utentes, 25 (83.3%) são solteiros, 3 (10%) são divorciados, 1 (3.3%) é casado e outro (3.3%) separado.

A maior parte dos utentes possuem o primeiro ciclo (11 – 36,7%), 6 (20%) frequentaram o segundo ciclo, 4 (13.3%) o terceiro ciclo, 5 (16.7%) frequentaram o secundário, 3 (10%) o ensino universitário e apenas 1 (3.3%) é analfabeto.

Relativamente à área de proveniência, todos os utentes provêm de um meio rural, condição da seleção da amostra.

No que concerne à ocupação, os 15 (50%) utentes da reabilitação trabalham, sendo uma das condições para ser inserido na reabilitação na casa de saúde. Como forma de comparação, os 15 (50%) utentes avaliados da unidade de evolução prolongada não têm qualquer ocupação.

Quadro 2. Caracterização Clínica da Amostra (N=30)

Variáveis clínicas		
	N	%
Grupo		
- Reabilitação	15	50
- Evolução Prologada	15	50
História Familiar de Doença		
- Sim	12	40
- Não	18	60
Consumo substâncias		
- Sim	25	83,3
- Não	5	16,7

No que se refere às variáveis clínicas, 12 (40%) utentes têm história familiar de doença mental enquanto 18 (60%) não têm. Além disso, 25 (83.3%) são fumadores e, apenas, 5 (16.7%) não fazem qualquer consumo.

5.5. Instrumentos de avaliação

5.5.1. Questionário sociodemográfico

Foi construída uma ficha para recolha de dados sociodemográficos e informação clínica, constituído por itens de escolha múltipla e de resposta breve. O primeiro grupo de itens refere-se ao género, idade, zona de residência antes do internamento e nível económico, os restantes itens procuram recolher informação acerca dos antecedentes clínicos do utente: história familiar de doença, consumo de substâncias (tabaco e fármacos).

5.5.2. WHO Quality of Life-BREF

Pelo facto do questionário WHOQOL-100 ser demasiado extenso, e tendo em conta a dificuldade da sua aplicação em contexto de de saúde mental, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão mais abreviada deste, ou seja, o WHOQOL-bref. Este questionário apresenta 26 questões: duas questões gerais de qualidade de vida e 24 correspondentes a 4 domínios, sendo eles o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente.

No que se refere às características psicométricas do questionário em questão, a OMS obteve os seguintes valores de consistência interna: para as 26 questões o valor do *alpha de Cronbach* foi de .91, para o primeiro domínio de .84, para o segundo de .78, para o terceiro de .70 e para o quarto de .71. Os resultados apurados demonstram valores satisfatórios quer para o questionário no geral quer por domínios, sendo o valor mais baixo o do domínio das relações sociais (OMS, 1998).

5.5.2.1. Características psicométricas do Whoqol-Bref

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o *alpha de Cronbach* para o WHOQOL-Bref. Neste estudo não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise. A escala total apresenta um *alpha*

de Cronbach de .93, o que evidencia uma boa consistência interna da escala. Salienta-se ainda que os valores dos itens variam entre .92 e .93.

5.5.3. Self-Evaluation of Wellbeing Questionnaire

Este questionário destina-se a recolher informação sobre o modo como as pessoas inquiridas se sentem em termos de bem-estar. Este instrumento foi desenvolvido no âmbito de um consórcio internacional, sob a égide da European Platform for Rehabilitation. O grupo de trabalho foi constituído em 2001 e operou até 2005.

Validado pelo Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, o SEW é constituído por 22 questões relacionadas com a saúde e bem-estar, de resposta fechada, numa escala tipo Likert, com 7 opções categoriais entre “nada” e “extremamente”, agrupadas em quatro grupos/factores, aos quais foram atribuídas as seguintes designações: 1º Lidar com as emoções; 2º Conhecimento das deficiências e incapacidades; 3º Comunicação, 4º Capacidades sociais e cognitivas.

5.5.3.1. Características psicométricas da SEW

No que se refere à consistência interna desta escala para este estudo, foi calculado o *alpha de Cronbach* para a SEW. Além disso, não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise. A escala total apresenta um *alpha de Cronbach* de .97, o que evidencia uma boa consistência interna da escala.

5.5.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social

A escala de Satisfação com o Suporte Social é um instrumento desenvolvido por Wethington e Kessker (1986) e validado para a população portuguesa por Ribeiro (1999). É um questionário de autopreenchimento que permite avaliar a variável suporte social e a sua associação com as quatro dimensões que fazem parte do mesmo. É composta por quinze itens, em escala de *likert*, com diferencial semântico de 5 pontos: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”,

“discordo na maior parte”, discordo totalmente”, sendo as cinco dimensões “a satisfação com os amigos”, “a intimidade”, “a satisfação com a família” e “as atividades sociais”.

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens e pode variar entre 15 e 75, sendo que a nota mais alta corresponde a uma percepção maior de suporte social. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou subescala. Às respostas em “A” é atribuído um ponto e às de “E” cinco pontos, excetuando os itens que são cotados invertidos.

O valor de consistência interna apresentado é de 0,85, valor que excede os padrões de aceitabilidade usualmente utilizados (Ribeiro, 1999).

No que se refere à validade do instrumento foi ainda calculada a validade discriminante e a validade concorrente. Verifica-se que o 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 inspecionada, comparando a escala com medidas de saúde e de bem-estar e com medidas de mal-estar, verificando-se que a ESSS está associada a medidas de saúde na direção esperada, ou seja prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar (Ribeiro, 1999).

5.5.4.1. Características psicométricas da ESSS

Relativamente à consistência interna da ESSS, foi calculado o *alpha de Cronbach* tendo-se obtido um índice de .80, o que indica uma boa consistência interna da escala. No que se refere aos valores de cada item, estes variam entre .75 e .83. Além disso, não se efetuou a análise fatorial devido ao número reduzido de sujeitos da amostra, que não permite a realização desta análise.

5.6. Procedimentos de análise de dados

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science* – versão 18.0).

No que concerne à caracterização da amostra, recorreu-se a estatística descritiva e análise de frequências. Para dar resposta aos objetivos de estudo foram utilizados

diferentes procedimentos estatísticos, nomeadamente estatística descritiva, estatística de comparação de grupos e estatística de associação.

No estudo da distribuição dos dados recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* e ao estudo dos valores de assimetria e *Curtose*. A homogeneidade da variância foi observada pelo teste de *Levene*. Os resultados não revelaram distribuição normal dos dados. Assim, violados os pressupostos para a utilização da estatística paramétrica, foram utilizados procedimentos de análise de dados não paramétricos. Na comparação de grupos utilizou-se o teste de *Mann Whitney* e no estudo da associação entre os domínios psicológicos e de relações sociais, o bem-estar e o suporte social utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman's-Rho*.

O valor de significância adotado foi de $p < .05$, tendo-se anunciado um valor de $p < .10$ para tendência de significância.

6. Apresentação dos Resultados

Seguidamente são apresentados os resultados das análises estatísticas dos dados recolhidos de modo a dar resposta aos objetivos propostos. São salientados os resultados mais relevantes e com maior implicação para este estudo.

6.1 Relação entre Qualidade de Vida, Bem-Estar e Suporte Social

No que concerne à relação entre a qualidade de vida, bem-estar e suporte social verificou-se uma correlação positiva elevada entre quase todas as variáveis, com exceção da correlação entre o domínio psicológico e suporte social onde se verifica uma correlação moderada ($r = .474$, $p = .008$). As variáveis com uma correlação mais elevada são a satisfação com as relações sociais e o bem-estar ($r = .855$, $p = .000$) e o domínio psicológico com o bem-estar ($r = .813$, $p = .000$).

Dos resultados obtidos compreende-se que, quer nos utentes da reabilitação quer nos de evolução prolongada, quanto maior uma das variáveis maior será a outra, ou o contrário, uma vez que todas elas se correlacionam de forma positiva. Assim podemos considerar que quanto maior o suporte social maior as dimensões da qualidade de vida, psicológica e de relações sociais, e maior o bem-estar. Contudo, não podemos atribuir

uma relação de causalidade a estas variáveis, ou seja, afirmar que é decorrente do suporte social que estes utentes têm uma maior qualidade de vida e bem-estar.

Quadro 3. Coeficiente de correlação de *Spearman's Rho* entre as subescalas Domínio psicológico e Relações sociais do Whoqol-Bref, total da SEW e total da ESSS (N=30).

Correlação de <i>Spearman's Rho</i>				
	Domínio psicológico α	Relações Sociais α	Total SEW α	Total ESSS α
Domínio Psicológico	1.000 α	.631**	.813**	.474**
Relações Sociais	.631**	1.000 α	.855**	.721**
Total Sew	.813**	.855**	1.000 α	.528**
Total ESSS	.474**	.721**	.528**	1.000 α

Correlação significativa $p < .05$

6.2. Qualidade de Vida e Bem-Estar em Função da Ocupação

Dos resultados obtidos no que se refere à comparação entre reabilitação e evolução prolongada, tendo em conta a ocupação, verificou-se diferenças significativas entre os grupos, sendo que o grupo de reabilitação no momento da avaliação apresenta scores mais elevados, ou seja, verifica-se maior qualidade de vida, quer a nível psicológico quer no que respeita às relações sociais, e bem-estar nos utentes que têm uma ocupação (domínio psicológico: $Z = -3.562$, $p = .000$; relações sociais: $Z = -3.778$, $p = .000$; total sew: $Z = -4.150$, $p = .000$).

Salienta-se que esta dimensão foi avaliada através de uma pergunta no questionário sociodemográfico sobre se o utente tinha ou não ocupação diária. Para além disso, foi incluída uma questão qualitativa relativamente a esta temática, onde os utentes eram questionados sobre a importância para eles de ter um trabalho. Esta variável não surge inicialmente no estudo onde se pretendia compreender a influência do suporte social na qualidade de vida e bem-estar na esquizofrenia, mas sim devido a

um conjunto de afirmações que os utentes iam fazendo relativamente ao trabalho quando estava a ser aplicado o questionário de qualidade de vida.

Quadro 4. Resultados do teste *U de Mann-Whitney* na comparação de grupos em função da ocupação, para o domínio psicológico e das relações sociais da qualidade de vida e para o bem-estar (N=30).

	Mean Rank		Z	P
	Reabilitação, com ocupação (n=15)	Evolução prolongada, sem ocupação (n=15)		
Domínio Psicológico	21.20	9.80	-3.562	.000**
Relações Sociais	21.47	9.53	-3.778	.000**
Total Sew	22.17	8.83	-4.150	.000**

**p<.01

*p<.05

6.3. Qualidade de Vida, Bem-Estar e Suporte Social em Função do Tempo de Internamento

Dos resultados obtidos no que se refere à comparação dos utentes com cinco ou menos anos de internamento e com internamento prolongado, verificou-se diferenças significativas entre os grupos no que se refere à dimensão relações sociais da qualidade de vida ($Z=-2.671$, $p=.008$) e relativamente ao bem-estar ($Z=-2.033$, $p=.042$), sendo que os utentes com menos anos de internamento apresentam melhores resultados. Contudo, não se verificaram diferenças significativas relativamente ao suporte social ($Z=-1.061$, $p=.289$) e à dimensão psicológica da qualidade de vida ($Z=-1.509$, $p=.131$).

Verifica-se que o tempo de internamento influencia as variáveis relações sociais e bem-estar, sendo que os doentes com menos tempo de internamento demonstram maiores níveis de qualidade de vida, na dimensão relações sociais, e de bem-estar geral. Contudo não se verifica o mesmo na dimensão psicológica e suporte social, tendo muitos deles, com o internamento, perdido a esperança no futuro e não apresentam planos de vida.

Quadro 5. Resultados do teste U de Mann-Whitney na comparação de grupos em função do tempo de internamento, para o domínio psicológico e das relações sociais da qualidade de vida, para o bem-estar e para o suporte social (N=30).

	Mean Rank		Z	P
	Cinco ou menos anos de internamento (n=12)	Mais de cinco anos de internamento (n=18)		
Domínio Psicológico	18.46	13.53	-1.509	.131
Relações Sociais	20.67	12.06	-2.671	.008**
Total Sew	19.50	12.83	-2.033	.042*
Total ESSS	17.58	14.11	-1.061	.289

**p<.01

*p<.05

7. Discussão dos Resultados

No sentido de procurar dar resposta aos objetivos que orientam esta investigação, segue-se uma discussão dos resultados anteriormente descritos, tendo subjacente os dados de natureza teórica e empírica apresentados na primeira parte do trabalho.

No presente estudo, verificou-se uma correlação positiva entre qualidade de vida, bem-estar e suporte social, quer nos utentes da reabilitação quer nos de evolução prolongada. Estes resultados indicam que quanto maior o suporte social maior o grau de bem-estar apresentado pelos utentes bem como a qualidade de vida. Os resultados vão de encontro aos estudos pioneiros de Cassel e Cobb em 1976 que apontavam a influência das intervenções sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Estes estudos pretendiam compreender de que forma a inexistência de suporte social podia aumentar a vulnerabilidade a doenças e, por outro lado, como a existência deste fator protegia os sujeitos de danos à saúde física e mental (Barrón, 1996; Martins, 2005; Seidl & Tróccoli, 2006).

Para além disso, segundo a OMS (2003), o suporte social é uma importante contribuição para a saúde, uma vez que, o facto de pertencer a uma rede social parece

levar as pessoas a sentirem-se amadas, estimadas e valorizadas, tendo, por isso, um efeito protetor na saúde.

Salienta-se ainda o estudo de Dowdy (1997) que indica que, em contexto hospitalar ou de lar, a falta de suporte social se torna patente, uma vez que os utentes se sentem abandonados e desvalorizados pelas famílias. Esta perceção redutora do suporte social interfere ainda negativamente sobre a saúde destes indivíduos, o que foi visível durante a avaliação chegando muitos a referir que “Os meus familiares não se interessam por mim, não me vem cá visitar. Metera-me aqui e nunca mais quiseram saber de mim”.

Num estudo elaborado por Ornelas (1996) sobre a revisão da literatura no que diz respeito a esta temática, verificou-se que os utentes com esquizofrenia carecem de suporte social e que, para além disso, os familiares dos mesmos apresentam características de hostilidade e ostentam um maior número de intra-relações. Além disso, é importante salientar que os utentes com esquizofrenia além de terem um menor número de recursos sociais também os utilizam menos vezes (Ornelas, 1996), visto adaptarem-se ao contexto hospitalar e às suas rotinas diárias que, normalmente, “não incluem os seus familiares”.

Neste sentido, como salientam vários autores, o suporte social é visto como um fator protetor no que concerne a doenças do foro psiquiátrico, como é o caso da esquizofrenia (Baptista, Baptista & Torres, 2006; Barrón, 1996), contudo, pode revelar-se de forma contrária quando verificamos um nível de suporte social baixo.

Relativamente aos resultados obtidos no que diz respeito à influência da dimensão ocupacional no bem-estar e qualidade de vida dos utentes com esquizofrenia, verifica-se que aqueles que têm ocupação apresentam níveis mais elevados na dimensão psicológica, nas relações sociais e ainda no bem-estar em geral. Desta forma, estes resultados parecem indicar que o facto de estes utentes terem um trabalho, uma rotina e manterem-se ocupados, influencia a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Isto poderá dever-se ao facto de, como muitos referiam, “ter um trabalho mantém a cabeça ocupada e não se penso no que não se deve” (sic.). Como refere Benetton (1994) é de extrema importância considerar a dimensão ocupacional neste utentes, uma vez que os mantém ativos e permite o contato com o mundo real. Salienta-se ainda que o trabalho não é visto apenas como a essência “do fazer algo” mas também se apresenta com fins

terapêuticos, sendo um dos principais pressupostos da reabilitação a promoção de qualidade de vida e bem-estar destes pacientes.

Segundo um estudo de Parsons (1958, cit in Oakley, Kielhofren & Barris, 1985), quando nos referimos a indivíduos com esquizofrenia, a execução de papéis ocupacionais pode ser benéfico relativamente ao curso da perturbação, ou seja, a participação em atividades de trabalho está correlacionada positivamente com menor prejuízo no funcionamento social, diminuição dos níveis de sintomatologia, diminuição do número de internamentos, aumento da qualidade de vida e da autoestima (Dickerson et al., 2008; Marwaha & Johnson, 2004), sendo, por isso, o ajustamento ocupacional apresentado como um fator de bom prognóstico em esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 2007). Para além disso, como nos apontam os estudos de Dias (1990) e Almeida (1991, cit in Scherer & Scherer, 2001), quando nos referimos a utentes psiquiátricos que mantêm uma ocupação verifica-se que estes são mais sociáveis, têm melhores relacionamentos grupais, aceitam melhor a doença e procuram vencê-la, procuram o tratamento, querem trabalhar e procuram outras atividades e sentem-se mais motivados em comparação com os que não beneficiam de qualquer atividade ocupacional.

Relativamente aos resultados obtidos no que respeita ao tempo de internamento, verifica-se que os utentes com menos anos de internamento têm um total de bem-estar mais elevado e maior satisfação com as relações sociais do que os que estão internados há mais de cinco anos. O primeiro resultado vai de encontro aos estudos realizados por vários autores que comprovam que doentes mentais com internamentos longos, mesmo que sejam promovidas intervenções em comunidade, demonstram sentimentos de solidão, insatisfação, o que é demonstrado através de queixas constantes (Scherer & Scherer, 2001). Acrescenta-se que estes utentes se sentem confrontados com complexos e conflituosos modelos e teorias sobre a causa e tratamento da sua doença, o que muitas vezes lhes suscita questões sobre o entender e ser entendido e acolhido (Scherer & Scherer, 2001). Estes resultados demonstram que utentes que estão internados há mais anos vêm a sua qualidade de vida e bem-estar comprometidos.

Para além disso, vários estudos ressaltam que utentes com duração da doença acima dos 6 anos vêm a sua qualidade de vida comprometida em 75 %, sendo que apenas 25% mantêm a sua perceção inalterada, o que não se verifica nos utentes com menos de seis anos de internamento, uma vez que nenhum deles percebe a sua qualidade de vida muito comprometida (Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Abreu & Fonseca, 2006; Cardoso, Caiaffa, Bandeira, Siqueira, Fonseca & Fonseca, 2003; Santana, Chianca & Cardoso, 2009).

Estes resultados vão de encontro ao que foi mencionado anteriormente uma vez que, analisadas as características da amostra, os utentes com menos tempo de internamento, na sua maioria, são também os que têm menos tempo de duração da doença e vice-versa.

No que concerne aos resultados obtidos na dimensão das relações sociais relativamente à qualidade de vida em função do tempo de internamento, o facto de se verificarem diferenças significativas nos grupos pode ser devido ao facto de os utentes com menos tempo de internamento ainda não terem um nível de deterioração tão elevado em comparação com os restantes e continuarem a estabelecer relações sociais.

Por sua vez, não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito à dimensão psicológica da qualidade de vida bem como ao suporte social, tendo em conta o tempo de internamento. Isto indica que mesmo os utentes com menos tempo de internamento se sentem “abandonados”, sem o apoio da família e amigos e que, para além disso, ambos percebem as próprias vidas sem sentido e sem esperança, na sua maioria.

8. Conclusão, Limitações de Estudo e Implicações Futuras

Esta dissertação reflete um trabalho de investigação empírico acerca da influência do suporte social e da dimensão ocupacional na qualidade de vida e bem-estar de utentes com esquizofrenia e procurou diminuir a carência de estudos em Portugal neste domínio. Os resultados encontrados confirmam, na generalidade, os dados da literatura científica consultada.

Como vimos na revisão teórica efetuada, diversas investigações são unânimes em considerar que tanto o suporte social como a dimensão ocupacional são dimensões importantes na vida destes utentes fazendo com que a perceção da sua qualidade de vida e bem-estar seja maior ou menor tendo em conta os mesmos.

Salienta-se ainda a influência da parte cognitiva que vemos afetada nestes utentes, o que dificulta visivelmente a sua perceção em relação a todas estas dimensões, essencialmente no que diz respeito ao suporte social. Contudo, é de salientar que consoante a perceção de maior ou menor suporte social, mesmo que não realista, os pacientes demonstram maior ou menor qualidade de vida e bem-estar. Em concordância com a literatura, é patente o baixo suporte social na maioria dos internamentos, o que leva os utentes a sentirem-se abandonados e sozinhos. Muitas vezes os mesmos referem que “a família meteu-me para aqui e não querem saber de mim”. Esta perceção

influência significativa e negativamente a qualidade de vida e bem-estar dos mesmos. Além disso, é importante salientar que os utentes com esquizofrenia além de terem um menor número de recursos sociais também os utilizam menos vezes, visto adaptarem-se ao contexto hospitalar e às suas rotinas diárias que, normalmente, “não incluem os seus familiares”.

Importante será referir igualmente que a variável dimensão ocupacional foi introduzida posteriormente, na fase inicial das entrevistas. Isto porque a maioria dos utentes que estão inseridos nas atividades ocupacionais, e que nesse momento se encontravam de férias, referiam que sentiam falta do trabalho e estavam ansiosos por recomeçar, uma vez que os mantinha ocupados e “não pensavam em outras coisas”. Desta forma, mostrou-se pertinente incluir esta dimensão uma vez que para os doentes era visível que o trabalho influenciava mais as suas vidas que o próprio suporte social. Talvez por ser a realidade do dia-a-dia, aquilo com que eles têm contacto diário e que faz parte das suas vidas, mantendo-os ativos? – coloca-se a questão. Certo é que, mesmo segundo a literatura sobre esta temática, a dimensão ocupacional têm-se revelado como essencial na vida destas pessoas levando-os a sentir-se úteis, a ter melhores relações em grupos, a socializar, a aceitar e vencer a doença e procurar tratamento e sentirem-se motivados para outras atividades.

De ressaltar ainda que nos doentes internados há menos de cinco anos verificasse melhores níveis de bem-estar e melhor satisfação com as relações sociais, o que pode estar também relacionado com o facto de a maioria destes serem utentes da reabilitação, sendo que estes mantêm mais contacto com a realidade exterior ao internamento. Contudo, no que se refere à dimensão psicológica ambos os grupos parecem ter perdido a esperança no futuro e não encontrar um sentido para a vida e, no mesmo sentido, percecionam um suporte social reduzido, o que pode estar relacionado com a insatisfação de “os terem internado”, de os “terem privado” das suas vidas.

No que diz respeito às limitações deste estudo é importante referir a dificuldade de encontrar estudos portugueses e estudos que correlacionassem todas as variáveis estudadas. Acrescenta-se também uma maior dificuldade em encontrar estudos relativamente ao tempo de internamento e a sua influência em determinadas dimensões. Para além disso, acrescenta-se que na altura da seleção da amostra alguns dos utentes se encontravam descompensados, o que em muitos casos se deveu ao facto de nesse mês terem sido interrompidas as atividades ocupacionais, por ser período de férias, e não

terem ninguém que os viesse visitar, o que vai de encontro ao nosso estudo. De referir também que uma das dificuldades encontradas vai de encontro ao facto de não podermos atribuir uma relação de causalidade às variáveis estudadas devido à reduzida amostra.

Contudo, apesar destas limitações, consideramos ter cumprido os objetivos propostos para este estudo e ter dado mais um passo no conhecimento relativo às dimensões que podem ser fulcrais na vida de uma pessoa com esquizofrenia. Isto porque qualquer pessoa merece ser respeitada na sua dignidade e os programas de reabilitação devem incidir cada vez mais na promoção da qualidade de vida e bem-estar destes doentes.

Estudos posteriores devem incidir sobre a relação entre as variáveis deste estudo, ou seja, o impacto da dimensão ocupacional e do suporte social na qualidade de vida e bem-estar de doentes com esquizofrenia, de forma a contribuírem para um melhor conhecimento destas dimensões. Assim, os programas de reabilitação poderão ser cada vez adaptados às necessidades dos doentes.

Referências Bibliográficas

- Abrunheiro, L. M. M. (2005). *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. Recuperado em 25 de Agosto de 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0255.pdf>.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia. Conhecer a doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Andrews, F.M., & Robinson, J.P. (1991). Measures of subjective well being. In J.P. Robinson, P.R. Shaver, & L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (vol. 1, pp. 61-67). San Diego: Academic Press.
- Baptista, M. N., Baptista A. S., & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Basu, R. (2004). *Implementing Quality: a practical guide to tools and techniques*. London: Thomson Learning.
- Benetton, M. J. (1994). *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Dissertação de Doutoramento, não publicada, em Terapia Ocupacional – PUC-Campinas. Campinas.
- Benetton, M. J. (2006). *Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional*. Campinas: Arte Brasil Editora.
- Bowling, A. (1995). *Health Related Quality of Life: A discussion of the concept, its use and measurement. Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measures Scale*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Cantril, H. (1967). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press.

- Cardoso, C. M. (2002). *Os caminhos da Esquizofrenia*. Climepsi Editores, Lisboa
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M., & Fonseca, J. O. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional: uma comparação por sexo. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), 1303-1314.
- Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Fonseca, I. K., & Fonseca, J. O. (2003). Qualidades psicométricas da escala qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia: escala QLS-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (3), 211-222.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, Z. C., Prette, Z., & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Cesari, L. & Bandeira, M. (2010). Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudanças em pacientes com esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (4), 293-301.
- Dela-Coleta, A. S. M. (2007). *Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial*. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
- Dickerson, F. B., Stallings, C., Origoni, A., Boronow, J. J., Sllens, A., & Yolken, R. (2008). Predictors of occupational status six months after hospitalization in persons with a recent onset of psychosis. *Psychiatry Research*, 160 (3), 278-284.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Dowdy, Z. (1997). Social rehabilitation of the liver transplantation patients. In P. Killenberg, & P. Clavien (Eds.), *Medical care of the liver transplant patient* (pp. 300-303). Massachusetts: Blackwell Science.
- Duarte, F. I., & Tedesco, S. A. (2002). Terapia Ocupacional: reflexos em Saúde Mental. *Caderno Centro Universitário São Camilo*. 8 (3), 27-31.

- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Elkis, H. (2000). Evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (1), 23-26.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of Quality of Life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-508.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), 178-183.
- Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through Quality of Life Therapy and assessment. In E. Diener & D. R. Rahtz (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 207-241). Kluwer Academic Publishers.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doença*, 6 (2), 203-214.
- Garrabé, J. (2004). *História da Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12 (1), 43-50.
- Gray, G. R., Ventis, D. G., & Hayslip, B. (1992). Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 35 (3), 205-218.
- Hagedorn, R. (2001). *Foundation for practice in occupational therapy*. London: Churchill Livingstone.
- Jette, A. M. (1993). Using health related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Physical Therapy*, 73 (8), 528-537.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. (1996) Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.

- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1979). *Convoys over the life course: Attachment, roles and support*. Não publicado. Institute for Social Research. University of Michigan, Michigan.
- Kapezinki, F. M., Quevedo, J., & Izquierdo, I. (2000). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). Esquizofrenia. In I. H. Kaplan & B. J. Sadock, *Compendio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp 507-541). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kielhofner, G., Burke, J. P. (1990). Modelo de ocupação humana: parte I. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. 1 (1), 55-67.
- Krause, N. (2001). *Social Support*, in R. Binstock e L. George (Eds), *Handbook of Aging and the Social Sciences, Fifth Edition*. San Diego: Academic Press.
- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A epidemiologia da Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (1), 15-17.
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Défice cognitivo na esquizofrenia – dos consensos às incertezas*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- Marques-Teixeira, J. (2005). *Manual de Avaliação da Disfunção Cognitiva na Esquizofrenia*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, Lda.
- Martins, C. S. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Recuperado em 14 de Agosto de 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0339.pdf>.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment – a review. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 39 (5), 337-349.
- Matsukura, T.S.; Marturano, E.M.; Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), 675-681.

- McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291.
- Monteiro, L. C., & Louza, M. R. (2007). Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 179-183.
- Noronha, M., & Noronha, Z. (2008). *Saúde Mental sem psicopatologia*. Lisboa: Calçada das Letras.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium: Revista do Intituto Politécnico de Viseu*, 9 (31), 135-149.
- O'Carroll, R. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 161-168.
- O'Donnell, M.P. (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1, 4-5.
- Oakley, F., Kielhofner, G., & Barris, R. (1985). An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39 (3), 147-154.
- Organização Mundial de Saúde (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol). Recuperado em 8 de Julho de 2012, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão. CID-10*. São Paulo: EDUSP.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Social determinants of health. The Solid Facts*. Copenhaga: International Centre for Health and Society.

- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3, (14), 263-268.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Research and assessment in psychology and health*. Lisboa: Climepsi.
- Pais Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Paschoal, S. M. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado em medicina da Universidade de São Paulo.
- Quarantini, L., Sena, E., Oliveira, I (2005). Tratamento do Transtorno Esquizoafectivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 89-97.
- Ribeiro, J.P.L. (1997). A promoção da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In JL. Pais- Ribeiro & SPPS (Edts). *Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde*. (pp.253-283). Lisboa: IPSA.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Rodrigues, V. & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.
- Sagiv, L., & Schwartz, S.H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.
- Santana, A. F., Chianca, T. C., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (3), 187-194.
- Santos, A.T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Tese de doutoramento em Psicologia. Porto: F.P.C.E.U.P.

- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Scazufca, M. (2000). Abordagem familiar em esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 22 (1), 50-52.
- Scherer, Z. A., & Scherer, E. A. (2001). O doente mental crónico internado: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4), 56-61.
- Seeman, M. V. (2000). *Women and Schizophrenia*. *Medscape Womens Health*, 5 (2), 2.
- Seidl, E. M. F., & Trócoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 317-326.
- Seidl, E. M. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), 580, 588.
- Sharma, T. & Antanova, I. (2003). Cognitive funtion in schizophrenia. Deficits, funtional consequences, and future treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40.
- Shean, G. (2004). *Undesteanding and Treating Schizophrenia- Contemporary Research, Theory and Practice*. New York: The Haworth Clinical Practice Press.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17 (4), 263-285.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Contributos para a adaptação da Life Experiences Survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 49-60.
- Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
- Sirgy, M.J. (2002). *The Psychology of Quality of Life*. Dordrecht: Klwer Academic Publishers.
- Souza, L. A., & Coutinho, E. S. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 50-58.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *The American Journal of Public Health*, 65, 1037-1045.
- Thompson, D. R., Meadows, K. A., & Lewin, R. J. P. (1998). Measuring quality of life in patients with coronary disease. *European Heart Journal*, 19, 693-695.

- Van Praag, B., & Fritjers, P. (1999). The measurement of welfare and well-being: The Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 413-433). New York: Russel Sage Foundation.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies, 1*, 1-39.
- Villares, C. C. (2000). Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22* (1), 53-55.
- Ware, J. E. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute. Boston: New England Medical Center.
- Weiner, I. B. (1998). Early Identification of Schizophrenia. *Adolescent Medicine, 9* (2), 391-402.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine 10*, 1403-1409.
- Winemiller, D. R., Mitchell, Sutliff, J., & Cline, D. J. (1993). Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology, 49*, 638-646.

- Anexos -

- Anexo I -

Pedido de Autorização à Instituição

Exma. Senhora Diretora da
Casa de Saúde São João de Deus de Barcelos

Exma. Senhora Diretora,

Eu, Sónia Joana Neiva Pereira, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a estagiar nos serviços de Psicologia da Casa de Saúde São João de Deus sob a orientação da Doutora Cláudia Sousa.

Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a recolha da amostra do Projeto de Investigação, intitulado ***“Perceção da qualidade de vida, bem-estar e suporte social na Esquizofrenia”***, que segue em anexo (anexo I).

A Esquizofrenia, etimologicamente, deriva do grego, *esquizo* que significa "cisão" e *frenia* que significa "mente", e é considerado um dos transtornos mentais mais graves que existe. Esta perturbação afeta cerca de 1% da população mundial e, normalmente, manifesta-se no final da adolescência ou no início da vida adulta, tanto nos homens como nas mulheres, podendo, por vezes, ser despoletada na infância ou na meia-idade (Organização Mundial da Saúde, 1998). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002), a esquizofrenia é uma patologia onde se verifica, essencialmente, a presença de sintomas psicóticos, como alucinações, dissociação do pensamento, delírios, comportamento desorganizado ou catatónico e embotamento afetivo. Para além disso, esta perturbação está associada a um conjunto de sinais e sintomas na área do pensamento, perceção e emoções, que prejudicam o individuo em áreas importantes da sua vida, como a ocupacional, cuidado pessoal e relações interpessoais e familiares.

Assim sendo, uma vez que o suporte social é um dos fatores apontados pela literatura como protetor no contexto de saúde mental, neste estudo pretende-se compreender a relação entre qualidade de vida, bem-estar e suporte social em esquizofrénicos institucionalizados. Segundo a revisão da literatura, o suporte social é capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, o que demonstra uma relação com bem-estar e qualidade de vida. Atendendo ao exposto, mostra-se pertinente estudar e compreender a relação que se estabelece entre as variáveis mencionadas anteriormente e se a mesma é benéfica para a pessoa com esquizofrenia,

visto ser uma das perturbações mentais mais graves e com um grau de deterioração elevado, nos vários contextos da vida do sujeito.

Para o efeito, a amostra será constituída por 60 utentes, dos 40 aos 80 anos de idade, da Casa de Saúde São João de Deus de Barcelos. Os utentes serão informados em contexto de consulta acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos de recolha de dados. A participação no estudo é voluntária e será garantida a confidencialidade dos dados. Os utentes que aceitarem participar, deverão assinar o consentimento informado. A avaliação psicométrica será realizada individualmente, em consulta de psicologia, através de questionários e serão dadas instruções de preenchimento. Os instrumentos utilizados serão um questionário de dados sociodemográficos e clínicos; o questionário WHOQOL-Bref, elaborado pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Canavarro, Simões, Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Carneiro, Paredes & Carona, 2006); a Escala de Bem-estar Pessoal (Pais-Ribeiro e Cummins, 2008); e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999).

Foram formuladas as seguintes hipóteses, articuladas a partir da revisão bibliográfica:

- Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva entre as variáveis qualidade de vida, bem-estar e suporte social;
- Hipótese 2: Espera-se diferenças significativas nas variáveis qualidade de vida e bem-estar em função da atividade ocupacional;
- Hipótese 3: Espera-se diferenças significativas nas variáveis psicossociais em função do estado civil;
- Hipótese 4: Espera-se diferenças significativas nas variáveis psicossociais em função da idade.

Agradeço desde já a oportunidade concedida, esperando que a realização deste estudo contribua para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área.

Barcelos, 17 de Fevereiro de 2012

Com os meus cumprimentos,

Sónia Joana Neiva Pereira

- Anexo II -
Consentimento Informado

Caro Senhor,

Eu, Sónia Joana Neiva Pereira, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, estou a desenvolver a minha dissertação de mestrado, intitulada “Qualidade de Vida e Bem-Estar na Esquizofrenia em Contexto Institucional: Influência do Suporte Social e da Dimensão Ocupacional”, na Casa de Saúde São João de Deus. O objetivo da mesma passa por compreender se o facto de o Senhor ter suporte social e estar inserido numa atividade ocupacional aumenta a sua qualidade de vida e bem-estar, ou o contrário.

Nesse sentido, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de quatro questionários relativos a alguns dados sociodemográficos, à sua qualidade de vida, bem-estar e suporte social. Isto implicará a sua disponibilidade para 1 sessão de cerca de 45 minutos.

Salienta-se ainda que todos os dados são anónimos e a confidenciais e que, mediante concordância com a participação neste estudo, tem a possibilidade de desistência da mesma a qualquer momento.

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração que se torne possível a realização deste estudo.

A Psicóloga Estagiária,

(Sónia Joana Neiva Pereira)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento sobre os objetivos do estudo “Qualidade de vida, bem-estar e suporte social na esquizofrenia” a levar a cabo pela psicóloga estagiária Sónia Joana Neiva Pereira, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Para que se torne possível esta investigação, declaro ainda que aceito colaborar com a mesma no preenchimento de quatro questionários, sendo que a qualquer momento tem a possibilidade de desistência.

Data: __ / __ / _____

Assinatura;

- Anexo III -

Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Data de Aplicação

____/____/____

Dados Pessoais

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

História Clínica

Diagnóstico: _____ Tempo de internamento: _____

Tipo de internamento: Reabilitação ou Evolução Prolongada

Tem alguém na família com doença mental? Sim Não

É fumador? Sim Não

Atividade Ocupacional

Sim ou Não Se sim, qual? _____

É importante estar inserido numa atividade ocupacional? Porque é que é importante?

Quando tem férias do que sente mais falta relativamente ao trabalho?

- Anexo IV -

Questionário WHOQOL-Bref

- Anexo V -
Questionário SEW

- Anexo VI -
Questionário ESSS

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e/ou escrever		
1 ^o -4 ^o anos		
5 ^o -6 ^o anos		
7 ^o -9 ^o anos		
10 ^o -12 ^o anos		
Estudos Universitários		
Formação pós-graduada		

A5 Profissão

A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)		
Casado(a)		
União de facto		
Separado(a)		
Divorciado(a)		
Viúvo(a)		

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

- Anexo V -
Questionário SEW

Questionário de Auto-avaliação do Bem-estar

Self-Evaluation of Wellbeing Questionnaire

Nome			
Data de início da intervenção	/	/	
Data (hoje)	/	/	Idade
			anos

Este questionário poderá ser utilizado como uma estratégia de auto-avaliação. Ajudará a compreender melhor ou a clarificar as áreas da sua vida onde se sente satisfeito e as áreas onde gostaria de provocar mudanças e desenvolvimento. Poderá, também, ser utilizado para avaliar os ganhos que retira pela participação nesta intervenção.

Depois de o preencher poderá fazer a sua cotação e comparar os resultados quando o voltar a preencher daqui por alguns meses.

Como preencher o questionário

Este questionário é composto por 22 afirmações relacionadas com a sua saúde e bem-estar.

Para cada afirmação existe uma escala de 7 opções onde poderá escolher o grau em que sente que cada frase é realista para a sua situação actual.

Coloque um círculo à volta do número a que corresponde a sua resposta (ver exemplo).

Exemplo:

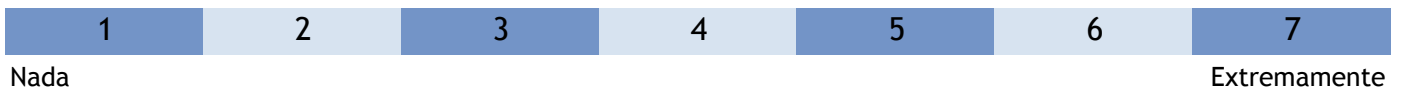
Sinto-me confiante a falar num grupo.

1	2	3	4	5	6	7
Nada						Extremamente

1 - Não me sinto nada confiante a falar num grupo.

7 - Sinto-me extremamente confiante a falar num grupo.

1. Sinto-me capaz de planear o meu tempo.



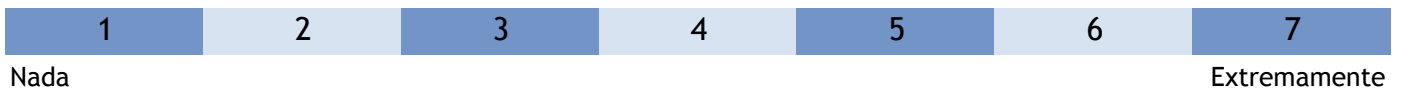
2. Sou capaz de falar sobre os meus problemas com outras pessoas.



3. Sinto que sou capaz de falar sobre a minha incapacidade com outras pessoas.



4. Assumo as minhas responsabilidades em sociedade.



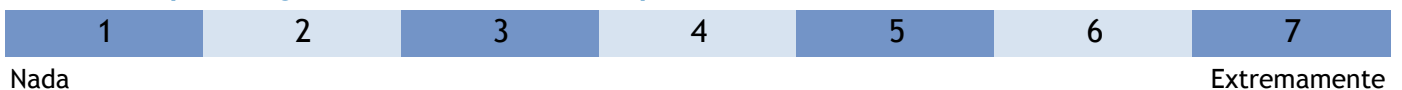
5. Sou capaz de apoiar os meus amigos e colegas.



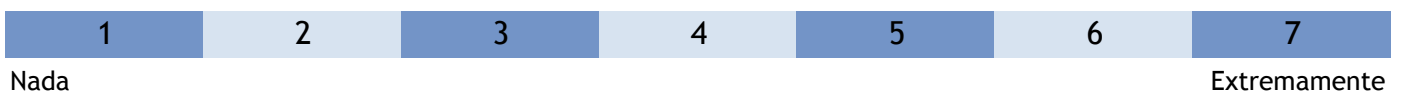
6. Tenho informação suficiente sobre a medicação que tomo (se aplicável).



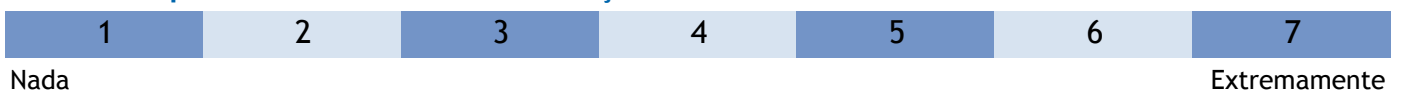
7. Sou capaz de gerir / resolver os meus problemas emocionais.



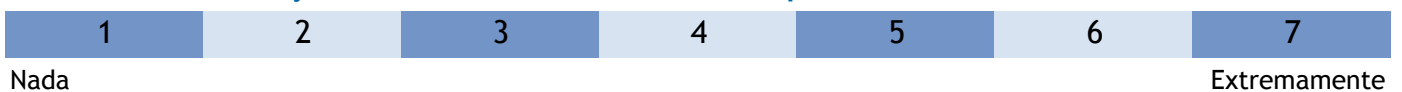
8. Durante o dia sinto-me satisfeito.



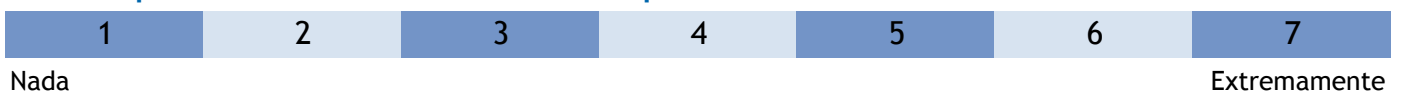
9. Sou capaz de lidar / enfrentar situações de stresse.



10. Tenho informação suficiente sobre a minha incapacidade.



11. Compreendo a natureza da minha incapacidade.



12. Sinto-me satisfeito com o apoio que recebo dos profissionais de reabilitação/saúde/apoio.



13. Sinto que tenho controlo sobre a minha vida.



14. Sinto-me satisfeito com o nível de independência que tenho na minha vida.



15. Consigo-me concentrar e estar atento.



16. Consigo aprender coisas novas.



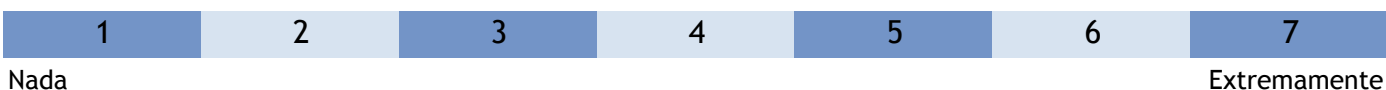
17. Estou satisfeito com a minha memória.



18. Consigo assumir as responsabilidades do meu dia-a-dia.



19. Sou auto-confiante.



20. Durante os últimos meses, o meu estado de espírito (humor) manteve-se estável.



21. Consigo lidar/ resolver os meus problemas.



22. Consigo adaptar-me facilmente às mudanças que ocorrem na minha vida.



- Anexo VI -
Questionário ESSS

ESCALA SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO