

VERA DE BRITO RODRIGUES

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM
PERTURBAÇÃO PSIQUIÁTRICA: ESTUDO EXPLORATÓRIO

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2008

VERA DE BRITO RODRIGUES

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM
PERTURBAÇÃO PSIQUIÁTRICA: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Psicologia, Ramo Clínica, sob a orientação do Prof. Doutor Milton Madeira.

Vera de Brito Rodrigues

PORTO, 2008

Dedicatória

Ao avô João (*in memoriam*) e à avó Lícia.

Por tudo...

“The subjective feeling of belonging, of being accepted or being loved, of being needed all for oneself and for what one can do” (Moss, 1973, p. 237).

Agradecimentos

Esta é talvez a parte mais difícil de todo este trabalho... agradecer a todos os que estiveram presentes nesta etapa da minha vida. Não por ser difícil dizer “obrigada” mas sim porque chegou ao fim uma das fases mais importantes e mais felizes da minha vida!

Em primeiro lugar quero agradecer à minha Mãe, porque sem ela nada teria sido possível... Obrigada Mãe por teres estado sempre do meu lado e por acreditares em mim e nas minhas capacidades. Amo-te muito!

Agradeço também ao meu irmão João Pedro e ao José Manuel por estarem sempre do meu lado e por todo o amor que têm por mim. Também vos amo muito!

A ti Nando, pelo amor, pela amizade, pela paciência e pela dedicação... És a melhor pessoa do mundo! Obrigada por me teres ajudado a crescer e a tornar-me na pessoa que sou. Sem ti, tudo seria diferente...tu sabes! Amo-te muito!

Aos meus avós maternos, João (*in memoriam*) e Lícia, por me terem ensinado a sorrir e a amar, por me abraçarem quando eu chorava e por me confortarem nos momentos mais difíceis. Vocês são a minha essência...e essa nunca se perde!

Ao meu pai, José, à minha irmã Catherine, e à Tina...Pelas palavras de apoio e por me terem ajudado a concretizar este sonho! Do fundo do coração, obrigada!

Aos meus tios e primos que estiveram presentes neste percurso e que, de alguma forma, contribuíram para o meu bem-estar e me ajudaram a ultrapassar alguns desafios. Um especial agradecimento à minha prima Cátia e à minha madrinha Berta. Vocês estão sempre no meu coração!

Às minhas amigas de sempre e para sempre... Marta e Tânia... Mesmo nos momentos de maior silêncio vocês estavam sempre lá... A vossa amizade é o meu maior tesouro. Adoro-vos!

Aos meus amigos, não de sempre...mas para sempre... Sónia, Cristina, Carla, Joana, Diana, Mariana, Helena, Cristóvão... Vocês são especiais! Obrigada por me terem ajudado a ultrapassar este cinco anos que passámos juntos... Obrigada por me ouvirem, por me aconselharem e sobretudo, por me aturarem... Adoro-vos e nunca vos esquecerei!

Aos meus amigos Olívia, Mário, Cármen, Belmiro, Bruninho (meu afilhado), Ruben, Marina, Fernando.... Por fazerem com que eu não me sentisse perdida e por me fazerem sentir parte de uma família nestes últimos anos. Obrigada!

A todos os meus professores, sem exceção, obrigada pelo conhecimento que partilharam comigo e por me terem proporcionado momentos tão felizes.

Um agradecimento especial ao Mestre Lima Santos, pela sabedoria e pelas conversas de corredor que, sem dúvida, me marcaram e me ajudaram a ser uma melhor profissional.

Ao professor Milton Madeira, pela dedicação, pela amizade, pelo conforto e pelas palavras sábias! Obrigada por me ter ajudado em todos os momentos e sobretudo por me ter mostrado que o mais importante na vida é seguirmos os nossos sonhos e nunca desistirmos. Obrigada por tudo!

Agradeço a todos os utentes do Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos que participaram nesta investigação e que colaboraram comigo neste processo.

Agradeço à Universidade Fernando Pessoa por ser uma Instituição brilhante e por ajudar a iluminar os nossos caminhos.

A todos os que, de alguma forma, estiveram presentes neste caminho e que não mencionei, por esquecimento, aqui fica o meu mais profundo e verdadeiro agradecimento.

Depois de algumas lágrimas e sorrisos, termino os meus agradecimentos dizendo que nenhum sonho se concretiza sem esforço e sem dor...o meu sonho ainda só agora está a começar...

Obrigada a todos!

Índice

Introdução.....	1
I – Suporte Social: Evolução e definição do conceito.....	5
II – Multidimensionalidade do constructo Suporte Social.....	11
III – Percepção de Suporte Social.....	16
IV – Suporte Social, Saúde e Doença.....	19
V – Suporte Social e Saúde Mental.....	25
VI – Efeitos do Suporte Social.....	30
Objectivos da investigação.....	34
Estudo Empírico	
VII – Método.....	36
Participantes.....	36
Material.....	40
Procedimento.....	43
VIII – Resultados.....	46
IX – Discussão dos Resultados.....	52
Limites e Sugestões do Estudo.....	58
Conclusão.....	60
Referências.....	63

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o sexo.....	36
Quadro 2 – Descrição geral da amostra.....	46
Quadro 3 – Quadro geral de resultados.....	51

Índice de Figuras

Figura 1 – Frequência de participantes de acordo com o estado civil.....	37
Figura 2 – Frequência de participantes de acordo com o agregado familiar.....	37
Figura 3 – Frequência de participantes de acordo com a situação profissional.....	38
Figura 4 – Frequência de participantes de acordo com a prática de religião.....	39
Figura 5 – Frequência de participantes por patologia.....	40

Índice de Anexos

ANEXO A – Questionário Sócio-Demográfico

ANEXO B – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ANEXO C – Grelha de correcção da Escala de Satisfação com o Suporte Social

ANEXO D – Autorização do Director do Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos

ANEXO E – Autorização do autor da Escala de Satisfação com o Suporte Social

ANEXO F – Consentimento informado

Resumo

O suporte social é hoje considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008). Sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996), torna-se cada vez mais pertinente o seu estudo, em especial com a população de doentes psiquiátricos, visto que em Portugal existe uma carência de respostas adequadas para as pessoas com doença psiquiátrica grave (Guterres & Frasquilho, 2004).

Neste estudo exploratório de carácter observacional foram aplicados um questionário sócio-demográfico e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999a) a 80 indivíduos com perturbação psiquiátrica, sendo 23 (28,8%) do sexo masculino e 57 (71,3%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 73 anos ($M = 44,14$; $D.P. = 11,724$). Esta amostra foi recolhida no Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos entre os dias 15 de Abril e 24 de Julho de 2008.

A análise dos dados comporta uma vertente quantitativa, cujo objectivo é avaliar a percepção de satisfação com o suporte social destes indivíduos, de acordo com as suas características sócio-demográficas.

Os resultados obtidos evidenciam que se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam e as que não praticam religião ($p \leq 0,05$) tanto para a Escala geral como para os factores “satisfação com os amigos” e “satisfação com a família”.

Tendo em consideração que a satisfação que cada um de nós tem com o seu suporte social é fundamental para a manutenção da saúde física e mental; então, a intervenção nesta área torna-se extremamente relevante.

Abstract

The social support is today considered as a variable capable of protecting and promoting health (Siqueira, 2008). Being one of the principal objects of study of the Health Psychology (Paixão & Oliveira, 1996), his study becomes more and more relevant, in special with the population of psychiatric patients, since there is a lack of answers adapted for the persons in Portugal with psychiatric serious disease (Guterres & Frasquilho, 2004).

In this exploratory study of observacional character they were applied a questionnaire demographic-partner and the Scale of Satisfaction with the Social Support (Ribeiro, 1999a) to 80 individuals with psychiatric perturbation, being a 23 (28,8 %) of the masculine sex and 57 (71,3 %) of the feminine sex, with ages understood between 19 and 73 years (M = 44,14; D.P. = 11,724). This sample was gathered in the Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos between the days 15 of April and 24 of July of 2008.

The analysis of the data holds a quantitative slope, which objective is to avaluate the perception of satisfaction with the social support of these individuals, in accordance with his characteristics demographic-partner.

The obtained results show up what happen statistically significant differences relatively to the satisfaction with the social support between the persons whom they practice and who do not practice religion ($p \leq 0,05$) both for the general Scale and for the factors “ satisfaction with friends ” and “ satisfaction with family ”.

Having in consideration that the satisfaction what each one of us has with his social support is basic for the maintenance of the physical and mental health; then, the intervention in this area becames extremely relevant.

Introdução

Introdução

Escolher falar sobre suporte social não foi uma decisão fácil, dado que, à primeira vista, parece um tema que se relaciona mais com a área social do que com a área clínica. Mas, como se pode verificar na revisão da literatura, a verdade é que o suporte social está cada vez mais enquadrado na área da Psicologia da Saúde e relacionado com o processo saúde-doença.

A ideia do tema surgiu em contexto do estágio curricular da autora desta monografia, depois de verificar, nas consultas observadas, que a grande maioria das pessoas se lamentava do facto de estarem sós e de não terem pessoas com quem partilhar os seus anseios. Este era um “problema” quase geral. Poucos pacientes não sentiam esta necessidade.

Verificou-se ao longo das consultas que muitas pessoas apresentavam melhorias significativas ao participarem em determinadas actividades de grupo ou somente por falarem destes problemas com o terapeuta. Esta melhoria era observada pelo terapeuta e era, concomitantemente, expressada pelos indivíduos.

Para além disto, verificou-se que uma das cinco principais áreas de intervenção identificadas pela Organização Mundial de Saúde era o fortalecimento das redes sociais de apoio (Paúl & Fonseca, 2001), daí este tema se ter tornado de especial interesse.

Desta forma, e depois da observação efectuada, surgiu a ideia de perceber melhor qual a percepção que aqueles sujeitos com perturbações mentais tinham do seu próprio suporte social.

Inicialmente pensou-se recorrer a entrevistas para perceber qualitativamente a percepção de suporte social daqueles indivíduos; no entanto, e após a leitura de alguns

artigos, verificou-se que o mais adequado com a população escolhida, seria usar um instrumento breve, a fim de não constituir mais uma sobrecarga para eles.

Assim surgiu este tema e, conseqüentemente, esta investigação.

Definir suporte social é ainda uma tarefa bastante difícil, visto que a sua conceptualização está longe de ser consensual. Este constructo é alvo de inúmeras definições, modelos explicativos e abordagens teóricas, que raramente são concordantes entre si (Nunes, 2005).

Pinto, Garcia, Bocchi e Carvalhaes (2006) salientam que as redes sociais dizem respeito a um conjunto de relacionamentos de um indivíduo com um grupo de pessoas, enquanto que o suporte social diz respeito à qualidade dessas relações e a como elas são avaliadas pelo receptor desse apoio. No entanto, neste trabalho, os termos rede social, apoio social e suporte social são utilizados de forma indiferenciada, pois, para a maioria dos autores, as diferenças dos conceitos são demasiado ténues para serem tidas em consideração. Num dicionário consultado, a palavra inglesa *support*, pode ser traduzida para a língua portuguesa como apoio ou suporte, tendo estas o mesmo significado (Doron & Parot, 2001).

Nos capítulos I e II deste trabalho vão expor-se, inicialmente, as definições de suporte social mais utilizadas por diversos autores e aquelas que aparecem citadas mais vezes, assim como a questão da multidimensionalidade deste constructo.

Concomitantemente, será mostrado um pouco da evolução do suporte social e da sua importância para a Psicologia, nomeadamente para a Psicologia da Saúde, sendo actualmente, o suporte social, um dos seus principais objectos de estudo (Paixão & Oliveira, 1996).

O interesse pelo tema está muito ligado a questões relacionadas com a presença/ausência de determinadas doenças (Dela-Coleta, 2007), nomeadamente de doenças psiquiátricas.

Vários autores têm demonstrado nos seus estudos que ter um elevado suporte social faz com que se tenha uma melhor harmonia física e mental (Ramos, 2002; Symister & Friend, 2003; Vaux, 1988).

Existe mesmo quem atribua ao suporte social propriedades preventivas em relação a acontecimentos de vida negativos e à própria doença. Da mesma forma, o suporte social aparece muitas vezes associado à promoção de uma melhor qualidade de vida assim como à própria felicidade das pessoas (Andrade & Vaitsman, 2002). Neste sentido, é de se esperar que, quanto maior for a percepção de suporte social das pessoas, mais positiva seja a sua vida.

Existem inúmeros autores a trabalharem o tema e a darem o seu contributo para uma definição o mais consensual possível.

A investigação acerca do suporte social tem uma história relativamente recente, mas a importância do seu estudo tem vindo a aumentar nos últimos anos. Esta importância pode dever-se, como referem Wortman e Dunkel-Schetter (1987), aos efeitos positivos que o suporte social tem em diversos domínios quer físicos, psíquicos e/ou sociais.

Tanto a ajuda recebida como a ajuda oferecida pelas pessoas, contribuem para um senso de controlo pessoal tendo isto uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002).

Ribeiro (1999a) salienta que o suporte social percebido apresenta um papel fulcral na saúde e no bem-estar quer nas pessoas sem doença, como nas que se encontram doentes ou em recuperação.

A percepção que cada um de nós tem acerca do seu suporte social corresponde, muitas vezes, à própria realidade (Vaux, 1988). Mesmo que não o seja, a verdade é que, o que realmente conta para o indivíduo é a sua própria percepção.

Portanto, não é necessário afirmar que, a percepção de falta de suporte social vai tornar os indivíduos mais vulneráveis, em especial os que já se encontram doentes (Coyne & DeLongis, 1986).

A questão da percepção de suporte social será abordada no capítulo III desta monografia.

Nos capítulos IV e V abordam-se as questões essenciais deste trabalho, ou seja, o suporte social e a sua ligação tanto à saúde como à doença e, mais concretamente, à doença psiquiátrica.

Fica a ideia geral de que as relações sociais promovem condições de saúde (Ramos, 2002) e que a falta de suporte social está associado à presença de doenças mentais (Ruzzi-Pereira, 2007).

No capítulo VI aparecem os efeitos do suporte social, notando-se, mais uma vez, o papel protector que o suporte social desempenha quer no bem-estar, quer na capacidade adaptativa do sujeito (Coelho & Ribeiro, 2000; Maia, 2007).

Após a revisão da literatura e a exposição dos objectivos desta investigação aparece o estudo empírico. No capítulo VII expõe-se o método, do qual consta a explicação dos participantes deste estudo, o material utilizado e o procedimento efectuado. Seguem-se, nos capítulos VIII e IX, os resultados e a sua discussão, respectivamente.

No final, apresenta-se a conclusão retirada desta investigação, a qual inclui uma panorâmica geral de todo o trabalho efectuado, assim como uma visão crítica tendo em conta os resultados obtidos e a revisão da literatura efectuada.

Capítulo I

Suporte Social: Evolução e definição do conceito

I – Suporte Social: Evolução e definição do conceito

“A diversidade de conceitos e as inúmeras tipologias relacionadas com o Suporte Social têm criado alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma definição” (Ornelas, 1994, p. 334).

A história do apoio social e dos seus conceitos é relativamente recente. Inclui contribuições que decorrem desde o início do século XX até finais dos anos 60, abrangendo contribuições tão diversas como os estudos realizados no âmbito da Psicologia e Sociologia e, posteriormente, nas origens do movimento comunitário (Nunes, 2005).

Os sociólogos começaram a mostrar interesse pelas consequências sociais da urbanização e industrialização, tendo-se concluído através dos tempos que as sociedades urbanas, fruto do desenvolvimento económico, debilitam os laços sociais, originando fenómenos de solidão, alheamento e desenraizamento (Nunes, 2005).

A partir da década de 70 observa-se um aumento das investigações sobre suporte social (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002; Nunes, 2005; Vaux, 1988; Winemiller, Mitchell, Sutliff & Cline, 1993).

Este interesse pelo tema estava relacionado com diversos factores, entre eles, a importância da relação entre o suporte social e os indicadores de presença/ausência de várias doenças (Dela-Coleta, 2007).

O constructo suporte social surgiu de modo proeminente na literatura em psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 70. Os trabalhos pioneiros de Cassel e de Cobb em 1976 tiveram grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas (Barrón, 1996; R. Martins, 2005; Seidl & Tróccoli, 2006; Vaux, 1988). Estes estudos procuravam compreender como a inexistência ou a instabilidade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, sendo que a

sua existência protegia os sujeitos de danos à saúde física e mental (Seidl & Tróccoli, 2006).

Nas décadas de 80 e 90 surgiram na literatura diversos artigos sobre apoio social, revelando-se assim esta área bastante promissora e, ao mesmo tempo, polémica, visto que se tornava cada vez mais difícil a sua avaliação e conceptualização (Nunes, 2005).

A definição mais utilizada de suporte social é a de Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) que remete para “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (p. 127). No mesmo seguimento, Dunst e Trivette (1990, cit. in Ribeiro, 1999a) referem que o suporte social se relaciona com os recursos que os sujeitos têm ao seu dispor bem como as unidades sociais que o sujeito pode usufruir quando precisa de ajuda.

Apesar da definição de Sarason et al. (1983) ser a mais utilizada por diversos autores, uma das primeiras definições de suporte social deve-se a Cobb (1976). Este definiu suporte social como sendo a informação que leva o indivíduo a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele, a informação que faz com que o indivíduo acredite que é apreciado e que tem valor e a informação que conduz o indivíduo a acreditar que faz parte de uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Desta forma, o suporte social “será uma crença que cada um carrega, crença proveniente de múltiplas fontes de informação, mas interpretada pelo próprio” (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008, p. 53).

Thoits (1982) define suporte social em função do grau de satisfação das necessidades sociais básicas obtido através da interacção com os outros. Estas necessidades incluem afecto, estima, pertença, identidade e segurança e são satisfeitas através da ajuda emocional e instrumental, sendo que a primeira engloba a compreensão, o afecto e a estima e a segunda o aconselhamento, a informação e a assistência material.

Para Lin (1986), o suporte social é definido como sendo o apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade.

Segundo Barrón (1996), o apoio social é um conceito interactivo que diz respeito às transacções que se estabelecem entre indivíduos. Na mesma linha de pensamento encontra-se Bowling (1997, cit. in Siqueira, 2008), ou seja, de acordo com este autor, o suporte social também é um processo interactivo no qual se podem obter, das redes sociais, ajudas emocionais, instrumentais e financeiras.

Serra (1999) define apoio social como sendo a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo. Trata-se portanto de um conceito interactivo referente a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

No entanto, actualmente, o suporte social diz respeito a uma experiência pessoal e não a um conjunto objectivo de interacções e trocas (Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999a).

Para Barrios (1999b, cit. in Pietrukowicz, 2001), o apoio social diz respeito à partilha de apoio afectivo ou material, num determinado espaço de tempo, entre familiares, amigos, grupos religiosos, entre outros, tendo esta partilha efeitos benéficos para a saúde das pessoas.

A definição de suporte social apresentada por Lima (1999) remete para um conjunto de factores protectores significativos e apropriados, que o ambiente é capaz de fornecer aos indivíduos, dando-lhes assim formas de lidar com acontecimentos de *stress*.

Na perspectiva de Valla (1999, 1998, cit. in Pietrukowicz, 2001), o apoio social define-se como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos sistematicamente por grupos e/ou pessoas que já se conhecem e que resultam em melhorias no campo da saúde/doença.

O conceito de suporte social diz respeito às funções desempenhadas por um grupo (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) a favor de um indivíduo, em determinadas situações da sua vida. Desta forma, a análise do apoio social tem em conta a percepção que os indivíduos têm sobre si, que representa a crença generalizada por eles desenvolvida de que são estimados, que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando precisam e satisfeitos com as relações que têm (Heller, Swindle & Dusenbury, 1986; Vaux, 1988).

O apoio social pode ser medido pela interação social, a partir do envolvimento das pessoas com os grupos comunitários, instituições, associações, e das relações íntimas e pessoais, através dos laços afectivos e emocionais com que são estabelecidos e evidenciados (Gottlieb, 1985). Por outro lado, também vem sendo associado a competências pessoais, aos comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, à percepção de controlo e ao bem-estar psicológico (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Após uma revisão da literatura, Pietrukowicz (2001) define apoio social como sendo um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas que, através do contacto sistemático, estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional e afectivo, contribuindo assim para o bem-estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e na manutenção da saúde. “O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações quotidianas em momentos de crise” (p. 14).

O apoio social pode ser genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, nos dão valor e se preocupam connosco) nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. “Nesta perspectiva, o apoio social assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos” (R. Martins, 2005, p. 129).

Habitualmente o suporte social é descrito em função de aspectos estruturais/objectivos (tamanho do grupo, frequência e intensidade de contactos, participação em actividades e em instituições sociais) e funcionais/subjectivos (percepção do apoio efectivo e satisfação das necessidades) (Baptista, et al., 2006; McNally & Newman, 1999; Ribeiro, 1999a; Seidl & Tróccoli, 2006).

O apoio social é um factor que contribui para a visão de um futuro melhor pois, a partir do apoio recebido (de amigos, de grupos religiosos, de familiares, etc.), as pessoas têm a possibilidade de contornarem as situações mais delicadas, podendo partilhar nesses grupos as suas angústias. Na medida em que o apoio social acontece de forma sistemática, a possibilidade de superação desses acontecimentos é ainda mais evidente (Pietrukowicz, 2001).

O suporte social provém de diversas fontes, sendo a família (próxima e extensa) responsável pela maior promoção de suporte emocional e os serviços de assistência responsáveis pelo maior suporte informacional (Matsukura, Marturano, Oishi & Borasche, 2007).

A análise de todos os conceitos “demonstra que a participação dos indivíduos, grupos ou comunidades, estão implícitas e firmam-se em ligações entre os recursos e os processos de apoio” (R. Martins, 2005, p. 129).

Assim, o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos (R. Martins, 2005).

Apesar da definição deste termo ser ainda bastante discutível, o mesmo tem sido referido como tendo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o

bem-estar mental e as funções sociais, ou seja, o suporte social é hoje encarado como um assunto de pesquisa psicossocial (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Capítulo II

Multidimensionalidade do constructo Suporte Social

II – Multidimensionalidade do constructo Suporte Social

Ribeiro (1999a) salienta o quão abrangente é a variável suporte social, visto que esta engloba um elevado conjunto de componentes e aspectos, o que faz com que se tenha que recorrer a procedimentos de avaliação diversificados. O “suporte social é multidimensional e (...) aspectos diferentes do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos” (p. 548).

Na mesma linha de pensamento, Siqueira (2008) descreve o suporte social como um “conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais” (p. 382). Trata-se, portanto, de um constructo que envolve vários componentes relacionados com o ambiente e os seus efeitos no comportamento, bem-estar e saúde física e mental (McNally & Newman, 1999).

De acordo com Barrios (1999b, cit. in Pietrukowicz, 2001), não existe uma definição universalmente aceite de apoio social, tornando este conceito mais difícil de avaliar.

A análise do apoio social, deve ter em conta algumas especificidades, tais como, o desemprego, a violência, as condições de vida, as relações estabelecidas entre as pessoas, o quotidiano e o ambiente em que vivem, pois estes aspectos, para algumas pessoas, podem afectar a saúde e o bem-estar (Arrossi, 1994, cit. in Pietrukowicz, 2001).

De acordo com Helgeson (2003), o suporte social divide-se em suporte emocional (presença de pessoas disponíveis para conversar, escutar, preocupar-se, simpatizar, promover confiança ao sujeito. Este suporte pode advir da família, amigos ou profissionais de saúde); suporte instrumental (ajuda nas tarefas domésticas, empréstimo de dinheiro, aquisição de medicamentos); e suporte de informação (informações, conselhos e orientações).

Os aspectos, componentes ou dimensões do suporte social têm um impacto diferente conforme o grupo etário do indivíduo (Ribeiro, 1999a). Num estudo efectuado pelo referido autor em 1994, constatou-se que, para a população portuguesa, a família era tida como a maior fonte de apoio social.

Pietrukowicz (2001), após uma revisão da literatura, classifica o apoio social em três tipos:

- Apoio emocional – o qual está relacionado com os sentimentos, as emoções e a estima. As pessoas, ao participarem de um grupo, passam a expressar os seus sentimentos e a relacionar-se com os outros participantes. Estão aqui presentes os sentimentos de estima, de pertença e de confiança pois, com este tipo de apoio, as pessoas acabam por expressar os seus medos, angústias, dores, ansiedades, tristezas.
- Apoio material ou instrumental – representa qualquer tipo de prestação de ajuda directa ou de algum tipo de serviço que propicie ajuda material ou financeira.
- Apoio educacional ou informativo – este apoio estrutura-se no enfoque informativo-educacional que é dado sobre vários assuntos, de acordo com os objectivos ou interesses do grupo. Geralmente estes grupos são formados por pessoas que procuram informação, conselhos, esclarecimentos, conhecimentos sobre algum assunto, ou algo que os ajude a resolver os seus problemas. Este tipo de apoio possibilita a troca de informação entre as pessoas, o sentimento de pertença entre os participantes e fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos e aceites.

Esta classificação é semelhante à de Rodriguez e Cohen (1998), que também dividem o suporte social nos três tipos supra citados.

Seeman (1998, cit. in Siqueira, 2008) apenas divide o suporte social em suporte emocional e em suporte instrumental, visto que o autor considera o suporte de informação como sendo uma dimensão do suporte instrumental.

De acordo com Serra (1999), o suporte social apresenta seis tipos de funções, sendo elas:

- Apoio afectivo – aquele que faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto-estima;
- Apoio emocional – que corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;
- Apoio perceptivo – o que ajuda o indivíduo a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;
- Apoio informativo – que constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreenderem melhor as situações complexas, facilitando a tomada de decisão;
- Apoio instrumental – aquele que ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços;
- Apoio de convívio social – que é conseguido através do convívio com outras pessoas em actividades de lazer ou culturais. Estas actividades ajudam a aliviar as tensões e fazem com que o indivíduo não se sinta isolado e que seja participante de determinada rede social.

Vaux, em 1988, deparando-se com a quantidade de funções e formas do suporte social, propôs a distinção entre actividades e funções de suporte social no sentido de o sistematizar. Assim, e de acordo com o autor, as actividades de suporte consistem em acções feitas pelo indivíduo e que podem ser muito variadas, como por exemplo, expressar preocupação, demonstrar afecto, partilhar uma actividade, prestar cuidados, aconselhar, dar sugestões ou socializar. As funções do suporte social não dizem respeito a actividades

específicas, mas às consequências destas, bem como às relações nas quais estas ocorrem (por exemplo: as ligações íntimas e o sentimento de pertença).

Embora haja uma diversidade de termos para qualificar o suporte social, Mazzei, Monroe, Sasaki, Gonzales e Villa (2003) após uma revisão da literatura, encontraram algum consenso para a sua classificação. Desta forma, e segundo as autoras, o suporte social pode ser classificado em: suporte emocional (que se relaciona com o sentimento de estima, de pertença a um grupo e de confiança, sendo este um factor determinante na manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo); suporte instrumental ou tangível (associado à ajuda financeira e ao fornecimento de bens e serviços que ajudem a resolver problemas básicos); suporte informativo (processo através do qual os sujeitos procuram informação e conselhos de terceiros, de modo a que estes os ajudem a resolver os problemas); suporte confirmativo (suporte que fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos); suporte corporativo (suporte que fornece o sentimento de pertença ou manutenção da identidade social) e; suporte avaliativo (aquele que fornece feedback ao indivíduo).

Vários têm sido os estudos efectuados a fim de se obterem todas estas classificações. De acordo com Ornelas (1994) as variáveis geralmente aplicadas ao estudo do suporte social são o género, o estado civil, a etnia e o estatuto sócio-económico.

Assim, numa revisão da literatura efectuada pelo autor supra citado, constata-se ao nível do género, que as mulheres têm amigos mais próximos e dão mais importância à intimidade e à confiança nas suas relações de amizade, enquanto que os homens dão maior ênfase à socialização.

As mulheres apresentam uma maior rede de pessoas com disponibilidade para discutir problemas nos vários domínios e recebem mais suporte emocional dos amigos do que os homens (Ornelas, 1994).

Em contrapartida, outros autores, avaliando a diferença entre os sexos, utilizando como variáveis o tamanho e características das redes, não encontraram diferenças significativas entre os sexos (Ornelas, 1994).

Quanto ao estado civil, verifica-se que os homens casados, em comparação com os homens solteiros, têm menor número de relações com os amigos de infância nas suas redes, contactam com os amigos menos vezes e as interações com estes têm lugar menos vezes fora de casa, não apresentando diferenças na rede descrita como íntima (Ornelas, 1994).

Outro estudo que comparou os níveis de Suporte Social em cinco grupos, segundo o seu estado civil (casados, divorciados, separados, viúvos e solteiros), conclui que os indivíduos casados, quer do sexo feminino quer do masculino, relatam níveis mais elevados de suporte; os divorciados também de ambos os sexos, relatam menores índices de suporte e os níveis intermédios foram relatados pelos solteiros e os separados (Ornelas, 1994).

Relativamente à etnia e ao nível sócio-económico, ambos permanecem como factores cruciais na composição das redes de suporte, desempenhando um papel amortecedor (Ornelas, 1994).

Esta multidimensionalidade bem como a complexidade do constructo suporte social justificam assim todos estes níveis de análise a que o mesmo tem sido submetido.

Capítulo III

Percepção de Suporte Social

III – Percepção de Suporte Social

A percepção do suporte social surge na literatura como uma área do pensamento social que se julga estar particularmente ligada a estados afectivos e emocionais. É em situações de maior stress ou face a acontecimentos de vida ameaçadores e traumáticos que o suporte social, quer emocional quer instrumental, surge como mais relevante para as pessoas (Kaniasty & Norris, 1995; McNally & Newman, 1999).

As percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade (capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos (Matos & Ferreira, 2000).

De acordo com Barrera (1986), a percepção de que existe um número de pessoas disponíveis a quem se pode recorrer em caso de necessidade e o grau de satisfação em relação a esse suporte disponível parecem ser os dois aspectos essenciais para a conceptualização da percepção de suporte social.

O apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos, vizinhos, etc.) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Mas a subjectividade e individualidade do apoio social dependem da percepção pessoal de cada indivíduo. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se pela crença generalizada, que os indivíduos desenvolveram, de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto origina satisfação quanto às relações que têm (Matos & Ferreira, 2000).

Vaux (1988) defende que a percepção corresponde na maioria das vezes à realidade, mas mesmo considerando que há situações em que existem divergências (como

por exemplo quando uma acção é percebida como amável ou simpática e na realidade não o foi), o que conta realmente para o indivíduo é a sua percepção.

Na perspectiva de Schwarzer e Leppin (1991), a percepção do suporte social não tem necessariamente que estar em acordo com uma determinada realidade externa objectivável, sendo que o sentir físico e psicológico (por exemplo, de um sujeito com cancro ou com outra qualquer patologia), depende no essencial da forma como o paciente interpreta as relações e tudo o que concerne com a sua realidade.

O suporte social recebido e percebido pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental (Bolger & Amarel, 2007; Dessen & Braz, 2000; DiMatteo, 2004; Reynolds & Perrin, 2004; Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). O suporte social recebido “descreve o suporte social que foi recebido por alguém” (Ribeiro, 1999a, p. 548) e o suporte social percebido refere-se “ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele” (Ribeiro, 1999a, p. 548), tendo em conta a avaliação que faz dos vários domínios da sua vida em relação à disponibilidade dos outros (os que julga que lhe são queridos e aos quais pode recorrer, caso necessite) para com ele (Heller, et al., 1986; Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999a; Sarason, et. al, 1983).

Quando se testa a relação entre diferentes estados de espírito induzidos e a avaliação de medidas de suporte social percebido e recebido, verifica-se que as pessoas com estados de espírito negativo fazem avaliações negativas do seu suporte social. Verifica-se que os sujeitos na condição experimental «deprimidos» apresentam os resultados mais baixos (Cohen, Towbes & Flocco, 1988, cit. in Henriques & Lima, 2003).

A percepção de falta de apoio social, de acordo com Coyne e DeLongis (1986), torna o doente mais vulnerável. Isto vai ao encontro da revisão da literatura efectuada por Oliveira (2000) onde se constata que a percepção da ausência de suporte social se encontra significativamente associada à presença de sintomas depressivos. Os sujeitos deprimidos e

que, simultaneamente, percebem o suporte social como inadequado mantêm os sintomas depressivos mais tempo do que aqueles que percebem um suporte social mais adequado e satisfatório. A percepção do suporte social surge também implicada na qualidade de vida destes pacientes.

“A percepção do suporte social, e as competências de *coping* eficazes na resolução de problemas associados à saúde física, estão associados a um nível de bem-estar superior e maior facilidade de ajustamento às condições de hospitalização e tratamentos médico-cirúrgicos” (Coelho & Ribeiro, 2000, p. 85).

Elevados níveis de percepção de suporte social dos cônjuges permite-os ser fontes de suporte com melhor qualidade para com o próprio doente. A qualidade de suporte social disponível para o paciente pode também influenciar as suas respostas emocionais (Oliveira, 2000).

De acordo com Oliveira (2000), os elementos determinantes na recuperação funcional dos doentes são a idade e a percepção de suporte social.

Baptista (2005), numa revisão da literatura, reforça a ideia de que, crianças com percepção de baixo suporte social e familiar podem, na sua vida adulta, desenvolver transtornos mentais, principalmente de humor.

Se o suporte social diz respeito aos recursos disponibilizados por outras pessoas em situações de necessidade, a percepção do indivíduo acerca da disponibilidade de apoio por parte da sua rede social é fundamental (Due, Holstein, Lund, Modvig, & Avlund, 1999).

Capítulo IV

Suporte Social, Saúde e Doença

IV – Suporte Social, Saúde e Doença

O papel desempenhado pelo que se consignou o suporte social na doença física e na sua recuperação tem sido, mais recentemente, objecto de estudo de múltiplas investigações. O possível efeito mediador constituído pelo suporte social pode tanto ser meramente preventivo como um componente importante a integrar no processo reabilitacional (Oliveira, 2000, p. 445).

Desde os finais dos anos 60 (século XX) tem-se observado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, quer na saúde como na doença (Barrón, 1996).

Desde sempre houve um interesse por parte de filósofos e cientistas em procurar entender o comportamento e as emoções na busca de factores que justificassem o funcionamento fisiológico e patológico das pessoas, fossem estes ligados a factores internos (biológicos) ou externos (ambientais e psicossociais) (Kapiczinsk, Quevedo & Izquierdo, 2000).

Dentro dos factores externos encontra-se o suporte social. Este, de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis (serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade) (Baptista, et al, 2006).

O tema do apoio social, actualmente, tem suscitado um grande interesse, principalmente na área da Ciência Humanas e Sociais, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996).

Dunbar, Ford e Hunt (1998) e Symister e Friend (2003) salientam que o suporte social é um conceito chave em Psicologia da Saúde. Este tem aplicações práticas em pacientes que precisam de se ajustar a uma doença crónica.

“O suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um factor capaz de proteger e promover a saúde” (Siqueira, 2008, p. 381).

Cassel (1974) ressalta a importância do contacto social no equilíbrio das doenças. Segundo este autor a adaptação ao meio social e ao ambiente é um factor que pode diminuir a susceptibilidade às doenças.

O apoio social também exerce uma função mediadora, contribuindo para a manutenção da saúde, e permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida (por exemplo: a perda do emprego, o falecimento de uma pessoa querida, entre outros) (Valla, 1998, cit. in Pietrukowicz, 2001).

De acordo com Cassel (1974), as pessoas que não têm posições sociais privilegiadas (pessoas com problemas sociais e desordem familiar), são mais susceptíveis a terem problemas de saúde relacionados ao *stress*. A sensação de não conseguir controlar a própria vida e a de isolamento social, podem estar directamente relacionados ao processo saúde-doença. Porém a proposta do apoio social mostra que as consequências desses factores não são necessariamente aplicadas a todas as pessoas afectadas da mesma maneira.

Symister e Friend (2003) e Vaux (1988) ressaltam que pessoas com elevado suporte social apresentam um melhor ajuste físico e mental.

Num estudo de Berkman e Syme em 1979 (Dessen & Braz, 2000; Ribeiro, 1999a) verificam-se evidências da relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo. Os autores elaboraram um estudo prospectivo em que mediram o apoio social de 4700 homens e mulheres, entre 30 e 69 anos de idade, seguidos ao longo de 9 anos, concluindo que um

maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade. As pesquisas efectuadas ao longo dos anos referem que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com muitos contactos sociais. Na realidade, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inactividade física e altos níveis de colesterol (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

De acordo com Ribeiro (1999a), verifica-se uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, sendo que o apoio social tem efeitos mediadores na protecção da saúde, desempenhando um papel protector ao longo de todo o ciclo vital.

Da uma forma geral, todos os estudos sobre suporte social e saúde mostram uma forte correlação entre ambos os construtos (Ribeiro, 1999a).

O suporte social pode proteger as pessoas de crises provenientes de um extenso campo de estados patológicos, nomeadamente, a tendência suicida, o alcoolismo e a sociofobia (Cobb, 1976).

Wethington e Kessler (1986), verificaram, nos seus estudos, que os resultados de saúde são melhor explicados pela existência de suporte social percebido que pela existência de suporte social tangível.

O suporte social é um importante recurso para quem sofre de doença crónica, podendo este reduzir a angústia que acompanha os indivíduos, promovendo uma maior adesão ao tratamento médico (Pedroso & Sbardelloto, 2008), tornar a recuperação mais rápida e reduzir a quantidade de medicação (Cobb, 1976).

Por outro lado, Cohen (1988, cit. in C. Martins, 2005) verificou que o apoio social, para além de poder gerar respostas que influenciam positivamente a doença, pode produzir padrões de comportamento que afectam o risco de doença através da resposta biológica.

Schwarzer e Leppin (1991), numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) com uma amostra total de 32739 sujeitos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, confirmaram que a saúde deficiente era mais pronunciada entre os que tinham escassez de suporte social e que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Num estudo efectuado por Miller (1986, cit. in Oliveira, 2000) com 100 doentes em período de internamento hospitalar, constatou-se que aqueles indivíduos com melhor suporte social fornecido pelos elementos da família se adaptam melhor e mais rapidamente à incapacidade do que os outros com níveis de suporte mais baixos. Os sujeitos que tinham níveis mais altos de suporte social, que estavam satisfeitos com os seus contactos sociais e que simultaneamente possuíam um *locus* de controlo interno, demonstravam níveis também mais elevados de bem-estar.

Barrios (1999b, cit. in Pietrukowicz, 2001) salienta duas formas de actuação ou dois tipos de efeitos do apoio social na saúde e no bem-estar do indivíduo. Os primeiros designam-se por efeitos directos, nos quais o apoio social tem um efeito directo sobre o bem-estar, independentemente do nível de *stress* (quanto maior o nível do apoio social, menor o mal-estar psicológico e, quanto menor o grau de apoio social, maior a incidência de transtornos, independentes dos acontecimentos de vida *stressores*). Esta hipótese sugere que o apoio social e a saúde estão linearmente relacionados.

A segunda forma de actuação, segundo o autor supra citado, designa-se de efeitos indirectos, nos quais o apoio social funciona como um moderador de outras forças que influenciam o bem-estar. Este princípio afirma que, quando as pessoas estão expostas a *stressores* sociais, estes tenderão a exercer efeitos negativos, principalmente nas pessoas cujo nível de apoio social é baixo.

As pesquisas efectuadas por Spiegel (1995, 1997, cit. in Pietrukowicz, 2001), acerca da relação entre suporte social e bem-estar físico, têm demonstrado que a probabilidade de morte entre indivíduos com menos ligações sociais era o dobro da probabilidade de morte entre os indivíduos com laços mais fortes, mesmo quando teve em conta hábitos como o tabagismo, consumo de álcool, actividades físicas, obesidade e uso de programas de prevenção.

Numa outra pesquisa, a mais importante do autor supra citado, verificou-se uma forte correlação entre apoio social e aumento da esperança média de vida de pacientes com cancro da mama. Nesta pesquisa, realizada com mulheres com cancro da mama em estado avançado, apenas parte delas recebia, para além do tratamento médico, apoio de um grupo terapêutico. Com o passar do tempo verificou-se que as mulheres que frequentavam o grupo de apoio social, mostravam-se incentivadas, planeavam estratégias para superar os problemas do dia-a-dia, e juntas enfrentavam a morte de outras. Após alguns anos observou-se que as mulheres que frequentavam os grupos de apoio viram a sua vida aumentada, em média, 18 meses a mais do que as que não frequentaram o grupo. O autor conclui que o suporte social não implica a cura da doença, mas sim o aumento da esperança de vida no caso das doenças crónicas e, em doenças ligadas às emoções (como é o caso do cancro da mama), o suporte social favorece um aumento na capacidade de se contornarem as situações de *stress*, proporcionando melhor saúde emocional e física (Spiegel, 1997, cit. in Pietrukowicz, 2001).

Este estudo não quis mostrar que o apoio social seja a solução para os problemas de saúde, mas que, em parte, ele pode ajudar no tratamento, proporcionando aos doentes a possibilidade de viver mais e melhor (Pietrukowicz, 2001).

De acordo com Spiegel (1997, cit. in Pietrukowicz, 2001), as crenças religiosas são fundamentais na luta contra as doenças graves, e ajudam a encontrar um significado para a

doença e para como lidar com ela. A procura de laços religiosos dá-se a fim de aliviar o sofrimento e a cura dos problemas de saúde.

A religião oferece, através dos seus ritos, a solidariedade e o apoio que as pessoas procuram, tornando, desta forma, as suas vidas mais significativas, coerentes e com sentido, possibilitando meios para os indivíduos controlarem o seu próprio destino (Pietrukowicz, 2001).

Uma orientação espiritual sólida ou um suporte social adequado permite ao doente cooperar, mesmo que tenha limitações físicas severas (Küchler, Kober, Brölsch, Henne-Bruns & Kremer, 1991).

O apoio social proporciona mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua auto-estima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor. Os riscos de adoecer por problemas ligados a factores psicológicos tendem a ser reduzidos (Pietrukowicz, 2001).

Verifica-se que existe um conjunto de teorias que sustentam a ideia de que o apoio social traz consequências físicas, influenciando o comportamento das pessoas, ou seja, o apoio social ajuda as pessoas a evitarem maus hábitos que podem comprometer os sistemas imunológico, nervoso e cardiovascular, dificultando o domínio do sofrimento físico pelo organismo (Spiegel, 1997, cit. in Pietrukowicz, 2001).

Mesmo havendo ideias contraditórias acerca dos benefícios (melhoria da saúde) ou malefícios (excessiva dependência pode ter efeitos negativos) do suporte social na saúde dos indivíduos, a “ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante” (Ramos, 2002, p. 156).

Capítulo V

Suporte Social e Saúde Mental

V – Suporte Social e Saúde Mental

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

Nos últimos anos, tem-se verificado em Portugal uma carência de respostas adequadas para pessoas com doença psiquiátrica grave. Esta necessidade deve-se a alterações que têm ocorrido na estrutura sócio-familiar e habitacional e consequente escassez de soluções apropriadas, clínicas e sociais, para as pessoas com doença mental grave e de evolução prolongada (Guterres & Frasilho, 2004).

Ruzzi-Pereira (2007) salienta que a literatura dos últimos anos tem demonstrado que a pobreza e a falta de suporte social ocorrem frequentemente associadas à doença mental.

O suporte social, mais precisamente o suporte familiar, são, de acordo com Dessen e Braz (2000), muito importantes para a manutenção da saúde mental. “O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental” (Ramos, 2002, p. 160).

A ideia anterior vai ao encontro da pesquisa efectuada por Baptista (2005), na qual se verifica que o suporte social, mais especificamente o suporte familiar, são considerados

como amortecedores do efeito de diferentes acontecimentos traumáticos na vida dos indivíduos.

Arrossi (1994, cit. in Pietrukowicz, 2001) nas suas investigações encontrou uma evidente associação entre apoio social e desenvolvimento de problemas depressivos.

Numa revisão da literatura efectuada por Baptista, et al. (2006) encontram-se estudos que revelam que o suporte social é um factor de redução de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, a ansiedade e a esquizofrenia e pode estar associado ao desenvolvimento e tratamento desses problemas.

Barrón (1996) salienta que, quanto menor for o apoio social, maior será a incidência de transtornos. Este, quando ausente, revela-se um factor de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (Cid, 2008).

Há evidências que comprovam que indivíduos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou só com os filhos, são os que apresentam maiores níveis de depressão. Esta população é, concomitantemente, aquela que apresenta apreciações de suporte social menos positivas e índices mais baixos de funcionalidade (Requeijo, Vieira, Guerra & Santos, 2005). Isto poderá ir ao encontro da pesquisa efectuada por Ramos (2002) onde se verifica que as pessoas casadas apresentam melhor saúde que as pessoas com outros estados civis.

“O estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social” (Coelho & Ribeiro, 2000, p. 86).

Segundo os autores supra citados, a função de suporte, exigida tanto à família como aos profissionais cuidadores (e aqui incluem-se não apenas psicólogos, mas também os cuidadores físicos mais próximos) aponta à minimização da incapacidade e do sofrimento psicológico do doente.

Estudos mostram que existe uma relação entre o suporte social e uma protecção para indivíduos com risco de ulteriores perturbações mentais (Ornelas, 1996).

Ornelas (1996) numa revisão da literatura verificou que a presença de um confidente pode desempenhar um papel protector em mulheres deprimidas. Verificou ainda que a família e a igreja protegem, significativamente, as mulheres de situações de depressão.

O suporte social é um factor de redução do impacto de acontecimentos que causam *stress*, bem como de transtornos psiquiátricos/psicológicos, como é o caso da esquizofrenia, depressão e ansiedade (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997; Lima, 1999; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996). As pessoas que sofrem destas doenças têm, de uma forma geral, redes mais pequenas e menos recíprocas e trocam-se menos recursos com aqueles que permitem cumprir as principais funções de suporte social (Barrón, 1996).

O suporte social e familiar adequados possuem influência positiva nos resultados do tratamento psicoterapêutico, diminuindo assim a incidência de transtornos mentais (Baptista, 2005).

Langford, et al. (1997), salientam mesmo que, quanto mais elevado for o nível de suporte familiar, mais baixa será a prevalência de transtornos ansiosos e de humor.

Estudos epidemiológicos mostram que factores como falta de esposo(a), o isolamento social e a falta de uma pessoa confidente associam-se a maior ocorrência de depressão, sendo que as mulheres apresentam duas vezes mais depressão que os homens, especificamente devido à ausência de suporte social (Lima, 1999). Assim, a existência de suporte social e a ausência de conflitos graves, diminui o risco para a depressão (Andrade, Viana & Silveira, 2006; Lima, 1999).

Estudos mostram que homens com percepção de baixo suporte social tendem a ser menos sociáveis e apresentam sintomatologia depressiva (Undén & Orth-Gomér, 1989). Daí que o suporte social, e sobretudo o suporte familiar, sejam muito importantes no sentido de evitar o desenvolvimento desta sintomatologia (Baptista, et al., 2006).

Verifica-se que o suporte social fornecido pelas redes de apoio reduz o isolamento e aumenta a satisfação de viver. Este suporte funciona como um amortecedor de *stress* e tem a capacidade de proteger os indivíduos de estados patológicos, prevenindo assim a doença mental (Cassel, 1976; Cobb, 1976).

Num estudo efectuado por Cid (2008) com mães com diversos transtornos mentais, observou-se que a família mais próxima (nomeadamente o marido), eram tidos como a maior fonte de suporte social. No entanto, também se verificou que mães com transtornos de humor também apresentavam os técnicos de saúde mental como fonte de suporte social.

De acordo com Rabelo e Neri (2005), as mulheres utilizam mais as instituições de saúde/sociais. Estas têm redes de suporte maiores e mais multifacetadas, sendo capazes de dar mais suporte que os homens.

Numa revisão da literatura, Ornelas (1996) constata que os doentes mentais esquizofrénicos apresentam uma rede social menor do que as pessoas sem história de problemáticas de saúde mental. Essas redes sociais são caracterizadas por ambivalência emocional, assimetrias (contrariamente aos doentes internados por doença física, em que a troca de suporte é simétrica) e sem trocas recíprocas, apresentando um sistema fechado de relações em colisão que simultaneamente afastam e mantêm o indivíduo num sistema socialmente fechado.

Verificou-se ainda que as redes dos doentes mentais esquizofrénicos tendem a ser dominadas por familiares, sendo estes, por vezes, hostis e apresentando um maior índice de

inter-relações, o que é frequente em redes onde apenas predominam membros da família (Ornelas, 1996).

Assim, o autor ressalta que os doentes mentais esquizofrénicos, não só apresentam um menor número de recursos, como também utilizam os recursos disponíveis menos vezes.

Estes estudos demonstraram, no seu conjunto, que a investigação das relações entre o Suporte Social e o percurso da doença nos indivíduos doentes mentais de longa duração é uma área promissora e exige o desenvolvimento de métodos para a definição das variáveis mais relevantes para a medição e intervenção no Suporte Social desta população (Ornelas, 1996, p. 265).

Capítulo VI

Efeitos do Suporte Social

VI – Efeitos do Suporte Social

Diversas investigações, nomeadamente a de Serra (1999) destacam o papel protector das forças sociais sobre o Homem e a sua influência na qualidade de vida e bem-estar.

O autor supra citado aponta várias razões para este papel protector, nomeadamente, o facto dessas redes sociais estabelecerem elos afectivos mais firmes aumentando assim a segurança; contribuírem para a integração social dos indivíduos favorecendo o seu reconhecimento, valor e competências; possibilitarem as trocas (dar e receber) de conselhos e informações orientadoras e; proporcionarem aos seres humanos a prestação de cuidados a outras pessoas, reforçando, deste modo, sentimentos de utilidade.

No entanto, de acordo com Landim, Comaru, Mesquita e Collares (2006), as redes de suporte social podem, por vezes, ao contrário do que se espera, significar perigo, mesmo que o seu propósito seja o de beneficiar o outro. É o caso do apoio dado permanentemente, de forma unilateral, tornando dependente desse apoio indivíduos ou até comunidades inteiras.

Como refere Barrón (1996), por vezes, o suporte oferecido não é útil nem adequado ao receptor, por diversas razões, nomeadamente:

- Devido aos sentimentos provocados pelas vítimas de certos eventos vitais, estas pessoas por vezes, suscitam sentimentos negativos, de ameaça ou vulnerabilidade, que nos recordam que o mesmo poderia acontecer connosco;
- Devido à incerteza sobre a conduta adequada, face aos sentimentos descritos anteriormente. As pessoas que são fontes potenciais de suporte podem experimentar intensa ansiedade quando interactivam com aqueles indivíduos. Muitas vezes por não

saberem qual a conduta correcta a tomar nas ditas situações, o que potencia o seu mal-estar;

- Devido a falsas concepções sobre o processo de inquietação. Supõe-se que, uma vez finalizado o evento termina também o problema, não se tendo em conta as sequelas que por vezes podem durar anos.

O reconhecimento do papel protector do suporte social deriva dos estudos pioneiros, nomeadamente os de Cobb (1976), onde o constructo aparece operacionalizado como uma entidade específica, influente no estado de saúde, através da sua acção facilitadora no confronto e adaptação em situações de crise emocional. O suporte social também tem sido considerado como um importante factor de protecção para um desenvolvimento saudável (Cid, 2008).

A investigação na área do suporte social, nomeadamente a que refere à sua provável influência protectora na saúde e no bem-estar (Cassel, 1976; Cobb, 1976; Henriques & Lima, 2003), tem demonstrado uma relação causal entre a percepção de baixo suporte social e estados emocionais negativos. Por exemplo, no que refere aos estados depressivos, Henderson (1992, cit. in Henriques & Lima, 2003) concluiu, através de uma meta-análise baseada em 35 estudos realizados entre 1975 e 1988, que a percepção de suporte social deficitário aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas de depressão.

“O apoio social é um dos melhores predictores de bem-estar em geral” (Maia, 2007, p. 271), sendo, em situações de *stress*, um dos maiores factores protectores.

Barrón (1996) ressalta que o apoio social apresenta um efeito directo sobre o bem-estar, favorecendo a saúde, independentemente do nível de *stress* vivenciado. Desta forma, quanto maior o suporte social menor será o mal-estar psicológico.

De acordo com Bennett (2002), existem dados significativos de que tanto homens como mulheres com poucos contactos sociais teriam maior predisposição para morrer mais cedo do que aqueles que possuem uma boa rede de suporte social.

Coyne e DeLongis (1986) realizaram um estudo sobre o papel das relações sociais no processo de adaptação, tendo concluído que as pessoas que se mostram insatisfeitas com o suporte social apresentam, regra geral, maior desajuste às condições de vida. Da mesma forma, indivíduos que mostram desagrado em relação ao seu suporte social recebido, são mais alienados e cínicos, percebendo o seu meio como sendo menos confiante. Estes indivíduos dificilmente discutem os seus problemas com os outros.

Numa revisão da literatura efectuada por Rabelo e Neri (2005), verifica-se que a rede social promove nos indivíduos a crença de capacidade e competência de controlo do ambiente, fazendo com que se tornem mais bem sucedidos. O suporte social ajuda as pessoas a enfrentarem os desafios, aumenta a auto-estima, a auto-eficácia e ameniza o impacto das doenças, moderando o efeito de eventuais crises. Na realidade, o suporte social aumenta o sentimento de domínio do sujeito sobre o seu próprio ambiente.

“A ausência de suporte social, ou ainda a presença de aspectos negativos no contacto interpessoal (conflitos ou criticismo), exerce uma influência adversa sobre o bem-estar e capacidade adaptativa do sujeito” (Coelho & Ribeiro, 2000, p. 86).

Ruzzi-Pereira (2007) verificou, através da literatura, que, para mães com perturbações mentais, o suporte social não só facilita o seu envolvimento na educação dos filhos, como melhora o seu funcionamento psíquico, diminuindo o *stress* financeiro e social.

Alguns autores referem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar (Bishop, 1994; Lakey & Drew, 1997).

Cassel (1974) refere ainda que, um outro efeito do apoio social seria a sua contribuição no sentido de criar uma sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas.

Após trinta anos de pesquisa, Thoits (1995) sumaria algumas conclusões em relação ao constructo suporte social. Segundo este autor, as medidas estruturais de integração social parecem relacionar-se com a saúde física e mental, no entanto verifica-se que a integração social não protege o impacto emocional decorrente de acontecimentos de vida específicos; o suporte emocional parece ter melhores resultados como protector da saúde física e mental diante de acontecimentos de vida negativos (esta conclusão é baseada nas investigações sobre os benefícios decorrentes da existência de pelo menos uma pessoa íntima e confidente, independentemente de ser da família ou não); os homens tendem a ter redes mais amplas e diversificadas, enquanto as mulheres tendem a investir mais em relacionamentos com intimidade (conclusão fundamentada nos estudos sobre suporte social e sexo); e pessoas casadas ou em união de facto referem, consistentemente, maior suporte social percebido.

O apoio social oferece às pessoas, tanto para quem recebe quanto para quem oferece, afecto através de expressões de união, respeito, admiração, afirmação e ajuda. Reforça o valor individual, a competência e a capacidade individual e reafirma a confiança e a aliança entre as pessoas (Pietrukowicz, 2001).

Objectivos da investigação

Após a revisão da literatura, os objectivos deste estudo exploratório de carácter observacional, são:

1. Descrever a média e o desvio-padrão da Escala e dos diferentes factores avaliados por esta.
2. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre o sexo masculino e o sexo feminino.
3. Verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a idade.
4. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que são solteiras, as que são casadas/união de facto, as que são separadas/divorciadas e as que são viúvas.
5. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que se encontram a exercer uma actividade, as que são domésticas, as que se encontram desempregadas, as que se encontram reformadas, as que se encontram de baixa médica e as que são estudantes.
6. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que vivem sozinhas e as que vivem acompanhadas.
7. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam.
8. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre indivíduos diagnosticados com perturbações mentais

secundárias a um estado físico geral, perturbações relacionadas com substâncias, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações da adaptação, perturbações da personalidade e perturbações mentais não especificadas (não psicótica).

Estes são os objectivos que conduzem o estudo empírico desta monografia que será exposto nos capítulos seguintes.

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo VII

Método

VII – Método

Participantes

Os participantes deste estudo são utentes que frequentam a consulta externa de Psicologia e Psiquiatria da Unidade Local de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos, no período de 15 de Abril a 24 de Julho de 2008.

Constituem uma amostra não probabilística ou intencional, de tipo sequencial, isto é, foram seleccionados conforme iam aparecendo nas consultas.

Assim, a amostra é composta por 80 utentes sendo 28,8% do sexo masculino e 71,3% do sexo feminino (Quadro 1), com idades compreendidas entre os 19 e 73 anos ($M = 44,14$; $D.P. = 11,724$).

Quadro 1: Distribuição dos elementos da amostra de acordo com o sexo

	Frequência	Percentagem
Masculino	23	28,8
Feminino	57	71,3
Total	80	100

Relativamente ao estado civil: 11 (13,8%) são solteiros; 60 (75%) são casados/união de facto; 6 (7,5%) são separados/divorciados e 3 (3,8%) são viúvos (Figura 1).

Figura 1 – Frequência de participantes de acordo com o estado civil

No que respeita ao agregado familiar, 4 (5%) dos participantes vivem sós e 76 (95%) vivem acompanhados (Figura 2).

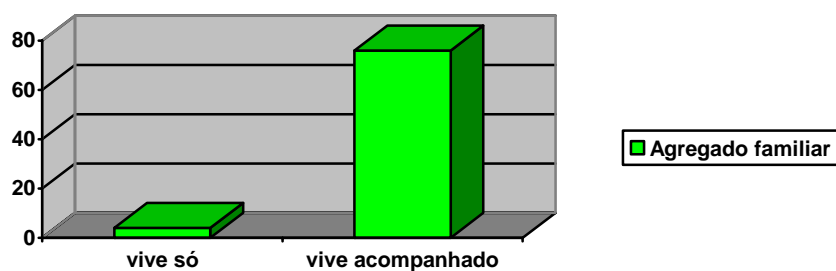


Figura 2 – Frequência de participantes de acordo com o agregado familiar

Quanto à situação profissional, 25 (31,3%) encontram-se no activo, 7 (8,8%) são domésticos, 16 (20%) encontram-se desempregados, 12 (15%) de baixa médica, 19 (23,8%) reformados e 1 (1,3%) é estudante (Figura 3).

Figura 3 – Frequência de participantes de acordo com a situação profissional

Em relação à prática de religião, 58 participantes (72,5%) praticam religião e 22 (27,5%) não praticam religião (Figura 4).

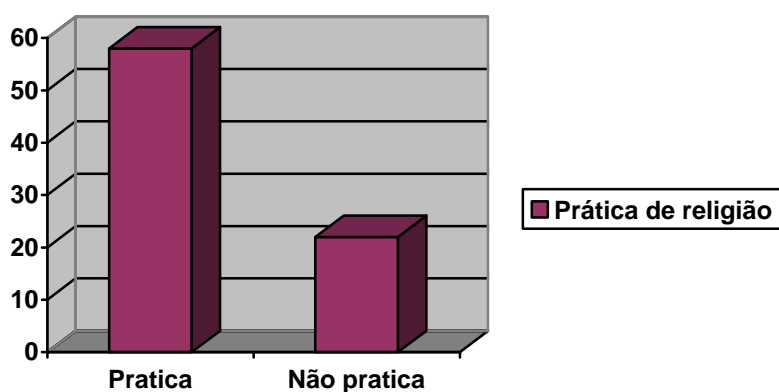


Figura 4 – Frequência de participantes de acordo com a prática de religião

Dentro das patologias encontradas, 6 (7,5%) pertencem à categoria *perturbações mentais secundárias a um estado físico geral*, 2 (2,5%) pertencem à categoria *perturbações relacionadas com substâncias*, 9 (11,3%) pertencem à categoria *esquizofrenia e outras perturbações psicóticas*, 29 (36,3%) pertencem à categoria *perturbações do humor*, 9 (11,3 %) pertencem à categoria *perturbações da ansiedade*, 3 (3,8%) pertencem à categoria *perturbações somatoformes*, 2 (2,5%) pertencem à categoria *perturbações da adaptação*, 5 (6,3%) pertencem à categoria *perturbações da personalidade* e 15 (18,8%) pertencem à categoria *perturbação mental não especificada (não psicótica)* (Figura 5).

Patologia

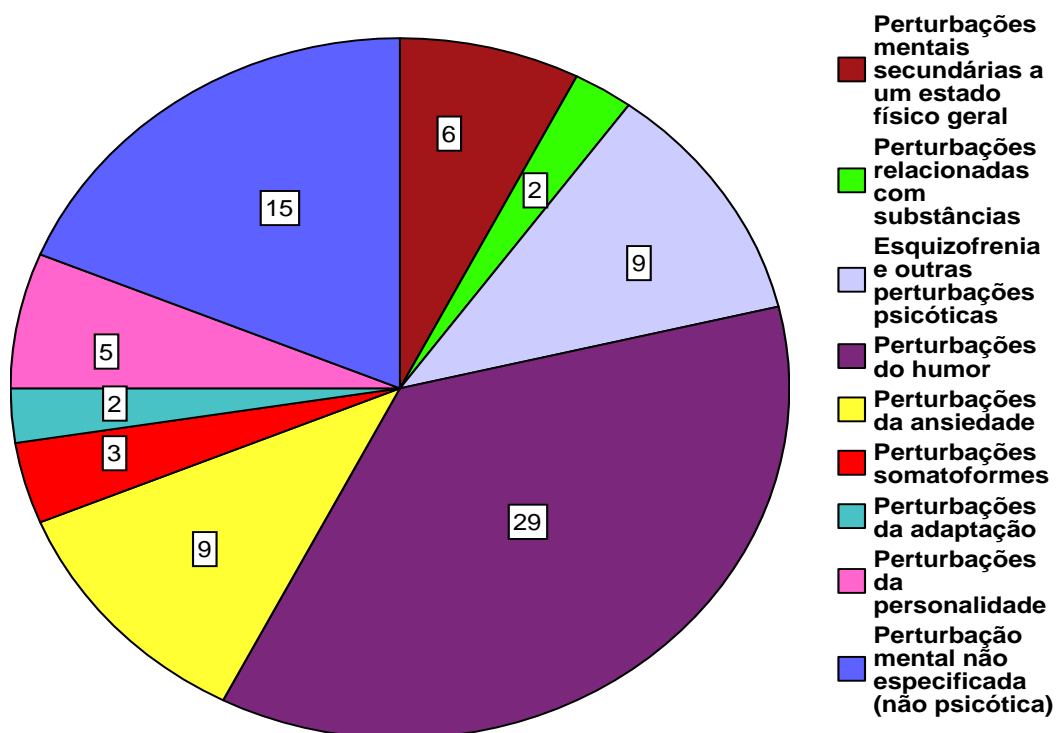


Figura 5 – Frequência de participantes por patologia

Verifica-se assim que esta amostra é predominantemente constituída por mulheres, com uma média de idade de 44,14 anos, casadas, vivem acompanhadas, encontram-se no activo e praticam religião. A patologia predominante pertence à categoria *perturbações do humor*.

Material

Os materiais utilizados na presente monografia encontram-se detalhadamente apresentados a seguir:

1- Questionário Sócio-Demográfico, elaborado especificamente para esta investigação, que contém questões relativas à idade (em anos), ao sexo (masculino/feminino), ao estado civil (solteiro(a), casado(a) ou em união de facto, separado(a) ou divorciado(a), viúvo(a)), ao agregado familiar (vive só, vive acompanhado(a)), à situação profissional (no activo, desempregado(a), de baixa médica, reformado(a), estudante) e à prática de religião (sim/não) (Anexo A).

2- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Ribeiro (1999a), que tem como objectivo verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e actividades sociais (Anexo B).

Relativamente à classificação do instrumento utilizado, de acordo com Siqueira (2008), trata-se de um instrumento que avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte.

Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo *Likert*, com cinco posições, nomeadamente “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (Ribeiro, 1999a). “As Escalas de *Likert* incluem vários itens, que devem ser somados para produzir uma nota e os itens somados por pertencerem à mesma escala devem ter correlações elevadas uns com os outros” (Ribeiro, 1999b, p. 108). Avalia quatro dimensões ou factores, com valores de consistência interna (alfa de *Cronbach*) que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala global de 0,85, o que revela uma boa consistência interna.

O primeiro factor, denominado “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amigades/amigos que o indivíduo tem (exemplo de um item: 15- “Estou satisfeito

com o tipo de amigos que tenho”). Inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15) que têm uma consistência interna de 0,83, sendo este valor significado de uma boa consistência interna.

O segundo factor diz respeito à “intimidade” (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo (exemplo de um item: 6- “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”). Inclui quatro itens (1, 4, 5, 6) que têm uma consistência interna de 0,74. Apesar deste valor ser inferior a 0,80 considera-se que o factor tem uma consistência interna aceitável porque apresenta poucos itens.

O terceiro factor, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente (exemplo de um item: 9- “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”). Inclui três itens (9, 10, 11), que têm uma consistência interna de 0,74. Este terceiro factor, tal como o anterior também tem uma consistência interna boa, visto que ainda tem menos itens que o anterior.

O último factor, denominado “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que os indivíduos realizam (exemplo de um item: 7- “Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”). Inclui três itens (2, 7, 8) que têm uma consistência interna de 0,64. A consistência interna considera-se aceitável para valores acima de 0,60 quando o número de itens do factor é baixo (Ribeiro, 1999b).

Relativamente à validade do instrumento, foi efectuado o cálculo da validade discriminante e da validade concorrente. A primeira verifica-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence, por comparação com a correlação desse mesmo item com a escala a que não pertence. Verifica-se que este índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. A validade concorrente foi examinada, comparando a escala com medidas de saúde e de bem-estar e

com medidas de mal-estar, verificando-se que a ESSS está associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar (Ribeiro, 1999a).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada factor resulta da soma dos itens que pertencem a cada um dos factores.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados com “A” e “5” aos itens assinalados com “E”. São excepções os itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, nos quais o valor “1” é atribuído aos itens assinalados com “E” e o valor “5” aos itens assinalados com “A” (ver no Anexo C a grelha de correcção).

A nota total da escala pode variar entre 15 (15×1) e 75 (15×5), sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social.

De acordo com Baptista, et al. (2006), a pontuação da escala foi dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alto, médio e baixo suporte social, ou seja, alto suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e, baixo suporte social (até 25 pontos).

Procedimento

Para realizar esta investigação foi pedida autorização, por escrito, ao Director do Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos (Anexo D).

Da mesma forma, foi pedida a autorização para o uso da ESSS ao autor, por *email*, apesar desta se encontrar publicada e deste procedimento não ser necessário. Esta autorização foi concedida (Anexo E).

A recolha de dados decorreu entre os dias 15 de Abril e 24 de Julho de 2008.

Todos os participantes foram informados dos objectivos do estudo, da garantia da confidencialidade e do acesso aos resultados, após o que forneceram ao investigador o seu

consentimento livre e esclarecido, por escrito (anexo F), para participação na investigação, como previsto pelos Códigos de Ética e pela Declaração de Helsínquia.

A informação acerca do diagnóstico foi obtida pela investigadora através da consulta dos processos médicos dos doentes e posteriormente foram criadas categorias de patologias tendo por base o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2002). As patologias encontradas foram: *perturbações mentais secundárias a um estado físico geral, perturbações relacionadas com substâncias, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações da adaptação, perturbações da personalidade e perturbação mental não especificada (não psicótica).*

A recolha dos dados foi efectuada pela própria investigadora enquanto os participantes aguardavam pela respectiva consulta de um profissional do Serviço e, noutros casos, após a consulta de Psicologia, numa sala ampla do Serviço. Nesse local estavam presentes o participante e a investigadora, a fim de ser esclarecida qualquer dúvida que ocorresse.

Os questionários são de auto-preenchimento, com a presença da investigadora, no entanto, embora nenhum dos participantes fosse iletrado, em alguns casos foi necessário que a investigadora lesse as afirmações aos participantes (alguns dos participantes não conseguiam ler o que estava escrito porque, por exemplo, não tinham levado óculos) e, posteriormente, era dada uma resposta pelo participante que era assinalada pela investigadora. Esta recolha demorou aproximadamente 10 a 25 minutos por participante.

Relativamente à ordem de administração, em primeiro lugar foi assinado o consentimento informado, posteriormente foi administrado o questionário sócio-demográfico e por fim a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Foram dadas todas as instruções necessárias aos participantes.

Após a recolha de dados, os questionários foram cotados conforme as indicações do autor (Ribeiro, 1999a).

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0, cujo procedimento será descrito ao longo da exposição dos resultados. Os dados são confidenciais e apenas são tratados pela investigadora.

Capítulo VIII

Resultados

VIII – Resultados

Após a introdução dos dados no programa SPSS, versão 15.0, e após os tratamentos estatísticos necessários para analisar os objectivos iniciais, de seguida expõem-se os resultados.

No Quadro 2 apresentam-se os cálculos da média e do desvio-padrão da Escala e dos diferentes factores avaliados por esta, como pretendido no primeiro objectivo (descrever a média e o desvio-padrão da Escala e dos diferentes factores avaliados por esta).

Para chegar a estes valores, procedeu-se ao cálculo através do *SPSS* da soma de todos os itens respondidos por cada um dos participantes e posteriormente, ao cálculo da soma dos itens que correspondem a cada um dos factores, considerando-se os itens invertidos.

Quadro 2 – Descrição geral da amostra

	Escala de Satisfação com o Suporte Social	Factor 1 “satisfação com amigos”	Factor 2 “intimidade”	Factor 3 “satisfação com a família”	Factor 4 “actividades sociais”
Média	47,60	16,38	12,01	11,43	7,79
Desvio-padrão	11,212	4,918	3,770	3,393	3,169
Mínimo	15	5	4	3	3
Máximo	75	25	20	15	15
Total de indivíduos	80	80	80	80	80

Verifica-se para o total da amostra que a percepção de satisfação com o suporte social é de 47,60 tendo um desvio de, aproximadamente, 11 pontos o que nos mostra, de uma forma geral, que a percepção de satisfação com o suporte social para estes participantes é superior à média da Escala.

Os valores médios dos factores também são relativamente altos, comparativamente ao máximo de cada um deles, conforme se mostra no Quadro 2.

Relativamente ao segundo objectivo que pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre o sexo masculino e o sexo feminino, o teste estatístico utilizado para averiguar este objectivo é o *t* de *student* para amostras independentes, visto que se pretende comparar “as médias de uma variável quantitativa numa variável dicotómica” (Pestana & Gageiro, 2000, p. 39). O teste *t* vai comparar as médias de dois grupos independentes (homens *vs* mulheres).

Os resultados obtidos para este segundo objectivo mostram que não existem diferenças significativas entre os sexos ($t = -0,407$ e $p = 0,685$). Da mesma forma, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos factores avaliados pela ESSS (Factor 1: $t = -0,381$ e $p = 0,705$; Factor 2: $t = 0,048$ e $p = 0,962$; Factor 3: $t = 0,505$ e $p = 0,615$; Factor 4: $t = -1,461$, $p = 0,149$), visto que para todos os factores $p \geq 0,05$.

Para testar o terceiro objectivo que pretende verificar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a idade, recorreu-se ao *R* de *Pearson*, uma vez que se pretende “medir a intensidade da associação entre variáveis intervalo” (Pestana & Gageiro, 2000, p. 38).

Os resultados obtidos apontam para a não existência de relação significativa entre a satisfação com o suporte social e a idade ($r^2 = -0,116$ e $p = 0,306$). Em nenhum dos factores avaliados se encontrou relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o suporte social e a idade, pois todos apresentam uma significância superior a 0,05 (Factor

1: $r^2 = -0,092$ e $p = 0,418$; Factor 2: $r^2 = -0,140$ e $p = 0,214$; Factor 3: $r^2 = -0,148$ e $p = 0,189$; Factor 4: $r^2 = 0,058$ e $p = 0,607$).

O valor das correlações é maioritariamente negativo (à excepção do factor 4 (“actividades sociais”), onde a correlação é positiva), o que significa, tendencialmente, que as variáveis evoluem no sentido inverso. Assim, depreende-se que, à medida que a idade aumenta menor será o valor do suporte social, apesar dos valores de associação não serem significativos.

Quanto ao quarto objectivo que consiste em verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que são solteiras, as que são casadas/união de facto, as que são separadas/divorciadas e as que são viúvas, a análise estatística a utilizar para testar este objectivo é a análise de variância univariada, mais concretamente é a *One-Way Anova* a um factor nominal. Utiliza-se a análise de variância porque se pretende comparar médias de três ou mais grupos.

A análise estatística efectuada não permitiu encontrar diferenças significativas ($F = 0,712$ e $p = 0,548$) para a Escala geral, assim como também não se verificam diferenças significativas para os factores 1, 3 e 4 (Factor 1: $F = 0,817$ e $p = 0,488$; Factor 3: $F = 1,302$ e $p = 0,280$; Factor 4: $F = 0,899$ e $p = 0,446$).

No entanto, verifica-se que, para o Factor 2 (que diz respeito à “intimidade” (IN) e que mede a percepção da existência de suporte social íntimo), há diferenças marginalmente significativas ($0,05 \leq p \leq 0,10$), pois o $p = 0,086$ ($F = 2,280$). Isto significa que existem diferenças marginalmente significativas relativamente à satisfação com o suporte social íntimo entre as pessoas que são solteiras, as que são casadas/união de facto, as que são separadas/divorciadas e as que são viúvas.

Relativamente ao quinto objectivo que pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que se encontram a exercer uma actividade, as que são domésticas, as que se encontram desempregadas, as que se encontram reformadas, as que se encontram de baixa médica e as que são estudantes, recorreu-se à análise de variância univariada, mais concretamente à *One-Way Anova* a um factor nominal.

Verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos ($F = 0,856$ e $p = 0,515$) para a Escala global. Também não foram encontradas quaisquer diferenças significativas relativas aos diferentes factores avaliados pela ESSS (Factor 1: $F = 1,645$ e $p = 0,159$; Factor 2: $F = 0,830$ e $p = 0,533$; Factor 3: $F = 0,987$ e $p = 0,432$; Factor 4: $F = 0,350$ e $p = 0,881$).

O sexto objectivo que consiste em verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que vivem sozinhas e as que vivem acompanhadas, foi analisado através do t de *student* para amostras independentes, uma vez que se vai fazer uma comparação entre as médias de dois grupos independentes (viver só e viver acompanhado).

A análise estatística mostra-nos que também não existem diferenças significativas entre os grupos ($t = -0,303$ e $p = 0,779$) para a Escala global. Da mesma forma, não foram encontradas diferenças significativas nos diferentes factores (Factor 1: $t = -0,088$ e $p = 0,934$; Factor 2: $t = 0,117$ e $p = 0,914$; Factor 3: $t = -0,064$ e $p = 0,953$; Factor 4: $t = -1,440$ e $p = 0,220$).

No que respeita ao sétimo objectivo que pretende verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam, recorreu-se ao teste t de *student* para amostras independentes. Temos, por um lado, uma variável intervalar (suporte social) e,

por outro, uma variável nominal (prática de religião), o que nos permite recorrer a esta análise para verificar o objectivo. Este teste vai permitir comparar a média do grupo que pratica religião com o grupo que não pratica.

Assim, os resultados obtidos mostram que há diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam ($t = 2,395$ e $p = 0,023$), visto que $p \leq 0,05$.

Estas diferenças verificam-se igualmente no Factor 1 (denominado “satisfação com amigos” (SA)) ($t = 2,552$ e $p = 0,016$) e no Factor 3 (“satisfação com a família” (SF)) ($t = 2,290$ e $p = 0,027$). Portanto, poder-se-á dizer que se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com os amigos e com a família entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam.

No entanto, no Factor 2 ($t = 1,474$ e $p = 0,150$) e no Factor 4 ($t = 0,545$ e $p = 0,588$) não foram encontradas diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam.

No oitavo objectivo que consiste em verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre indivíduos diagnosticados com perturbações mentais secundárias a um estado físico geral, perturbações relacionadas com substâncias, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações da adaptação, perturbações da personalidade e perturbações mentais não especificadas (não psicótica), recorreu-se à análise de variância univariada, mais concretamente à *One-Way Anova* a um factor nominal. Esta análise vai permitir fazer a comparação das médias dos diversos grupos.

A análise efectuada não permitiu encontrar diferenças nem para a escala global ($F = 1,059$ e $p = 0,401$), nem para nenhum dos factores avaliados (Factor 1: $F = 1,042$ e

$p = 0,413$; Factor 2: $F = 1,194$ e $p = 0,315$; Factor 3: $F = 0,843$ e $p = 0,569$; Factor 4: $F = 0,684$ e $p = 0,704$).

Assim, e de forma sumária, no Quadro 3, expõem-se os valores encontrados para todos os objectivos.

Quadro 3: Quadro geral de resultados

Total Objectivos	Escala de Satisfação com o Suporte Social	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
		“satisfação com amigos”	“intimidade”	“satisfação com a família”	“actividades sociais”
Objectivo 2	$t = -0,407$ $p = 0,685$	$t = -0,381$ $p = 0,705$	$t = 0,048$ $p = 0,962$	$t = 0,505$ $p = 0,615$	$t = -1,461$ $p = 0,149$
Objectivo 3	$r^2 = -0,116$ $p = 0,306$	$r^2 = -0,092$ $p = 0,418$	$r^2 = -0,140$ $p = 0,214$	$r^2 = -0,148$ $p = 0,189$	$r^2 = 0,058$ $p = 0,607$
Objectivo 4	$F = 0,712$ $p = 0,548$	$F = 0,817$ $p = 0,488$	$F = 2,280$ $p = 0,086$	$F = 1,302$ $p = 0,280$	$F = 0,899$ $p = 0,446$
Objectivo 5	$F = 0,856$ $p = 0,515$	$F = 1,645$ $p = 0,159$	$F = 0,830$ $p = 0,533$	$F = 0,987$ $p = 0,432$	$F = 0,350$ $p = 0,881$
Objectivo 6	$t = -0,303$ $p = 0,779$	$t = -0,088$ $p = 0,934$	$t = 0,117$ $p = 0,914$	$t = -0,064$ $p = 0,953$	$t = -1,440$ $p = 0,220$
Objectivo 7	$t = 2,395$ $p = 0,023$	$t = 2,552$ $p = 0,016$	$t = 1,474$ $p = 0,150$	$t = 2,290$ $p = 0,027$	$t = 0,545$ $p = 0,588$
Objectivo 8	$F = 1,059$ $p = 0,401$	$F = 1,042$ $p = 0,413$	$F = 1,194$ $p = 0,315$	$F = 0,843$ $p = 0,569$	$F = 0,684$ $p = 0,704$

Capítulo IX

Discussão dos Resultados

IX – Discussão dos resultados

Uma vez finalizada a apresentação dos resultados, passa-se à discussão dos mesmos, na qual são englobados aspectos considerados importantes e que estão directamente associados a conteúdos referidos no enquadramento teórico.

Os resultados da presente investigação permitem verificar que os participantes, de uma forma geral, apresentam um valor médio de percepção de suporte social superior ao valor médio da escala. Essa percepção de satisfação com o suporte social é de 47,60 o que, de acordo com Baptista, et al., (2006), representa um médio suporte social, pois encontra-se entre 26 e 50 pontos.

De uma forma geral, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e as diferentes variáveis exploradas, à excepção da variável “prática de religião”, onde se encontraram algumas significâncias.

Relativamente ao sexo, no estudo efectuado não foi possível encontrar diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre o sexo masculino e o sexo feminino. A literatura mostra que, no que respeita às diferenças relativamente à satisfação com o suporte social entre homens e mulheres, as mulheres apresentam um maior número de amigos e redes de suporte mais sólidas do que os homens (Ornelas, 1994). De notar que, apesar de nenhum dos factores apresentar diferenças significativas, para o Factor 4 (“actividades sociais”), o valor de p é sobejamente inferior ao dos outros factores, o que poderá querer dizer que, apesar de não ser significativo, a satisfação com as actividades sociais realizadas é diferente entre os homens e as mulheres.

De acordo com Ornelas (1994), as mulheres dão mais importância ao factor intimidade, o que no presente estudo não foi possível observar, visto que para o factor intimidade também não foram encontradas quaisquer diferenças entre homens e mulheres.

Contudo, alguns autores que avaliaram a diferença entre sexos (tendo em conta o tamanho e as características das redes de suporte), não encontraram diferenças significativas entre os mesmos (Ornelas, 1994), o que vem ao encontro dos resultados obtidos nesta investigação.

O facto de não ter sido possível observar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre o sexo masculino e o sexo feminino pode dever-se ao número de participantes ser relativamente pequeno e também pela amostra não ser homogénea, visto que existe um número pouco significativo de homens na amostra (28,8% são homens), independentemente do facto da amostra de homens ser provavelmente proporcional à real proporção de utentes masculinos que frequentam o Serviço, isto é, aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população geral de utentes. Paúl e Fonseca (2001) e Rabelo e Neri (2005) referem que as mulheres parecem ter uma morbilidade, ou taxa de doença, mais elevada, logo, utilizam mais os serviços de saúde do que os homens.

Relativamente à idade, também não foi encontrada qualquer relação entre o suporte social e a idade. Apenas se pode verificar uma correlação negativa entre o suporte social e a idade, depreendendo-se assim que à medida que a idade aumenta menor será o valor do suporte social, apesar dos valores de associação não serem significativos, como já foi referido nos resultados.

De qualquer forma, não foi encontrada qualquer referência na literatura no que respeita à relação entre estas duas variáveis.

Coelho e Pais-Ribeiro (2000) referem o estatuto marital como sendo um índice quase absoluto na dimensão do suporte social. No entanto não foi possível confirmar esta asserção neste estudo, visto que não foram encontradas quaisquer diferenças significativas

relativamente à satisfação com o suporte social entre os indivíduos com diferentes estados civis.

Como foi possível averiguar na revisão da literatura efectuada, as pessoas casadas/união de facto apresentam melhores índices de saúde (Ramos, 2000) e referem um maior suporte social percebido (Ornelas, 1994; Thoits, 1995). Também é possível verificar na literatura que os indivíduos separados/divorciados e viúvos apresentam apreciações de suporte social menos positivas (Ornelas, 1994; Requeijo, et al., 2005), sendo que os solteiros relatam níveis intermédios de suporte social (Ornelas, 1994).

Ressalta-se, como um factor restritivo, a homogeneidade da amostra, pois o número de casados/união de facto é muito superior aos outros estados civis (75% da amostra é casada/união de facto), daí também não ter sido possível verificar para o Factor 2 (“intimidade”) entre que grupos é que existem diferenças marginalmente significativas ($0,05 \leq p \leq 0,10$).

No que respeita à situação profissional, também não foi possível encontrar diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social e os diferentes grupos. Em termos percentuais a amostra é relativamente equilibrada (à excepção dos estudantes, onde apenas se tem um participante). Assim, não se pode proferir que esta não significância se deva às características da amostra. Seria importante, de qualquer modo, ter um maior número de participantes na amostra para verificar se realmente não existem diferenças relativamente à satisfação com o suporte social entre os indivíduos com diferentes situações profissionais.

Seria muito mais relevante ter questionado o nível sócio-económico dos participantes do que a sua situação profissional, visto que existem evidências na literatura que apontam o nível sócio-económico e a falta de suporte social muito associados à doença mental (Ruzzi-Pereira, 2007).

Em relação ao agregado familiar, no estudo efectuado não foram encontradas quaisquer diferenças relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que vivem sós e as que vivem acompanhadas.

A revisão da literatura permitiu verificar que os indivíduos que vivem sós apresentam apreciações de suporte social menos positivas (Requeijo, et al., 2005), assim como manifestam uma saúde mais frágil e uma taxa de mortalidade superior às pessoas com muitos contactos sociais (Dessen & Braz, 2000; Ribeiro, 1999a). Para além disto, o isolamento social aumenta a preocupação com as doenças (Pietrukowicz, 2001), desta forma, o isolamento social é visto como um factor de risco (Hockenbury & Hockenbury, 2003). O isolamento social também aparece associado à ocorrência de vários transtornos, nomeadamente a depressão (Lima, 1999).

Note-se que 95% dos participantes vivem acompanhados e apenas 5% vivem sós. Esta discrepância de valores provavelmente não ajuda a que se encontrem diferenças entre os grupos. No entanto, é de referir o valor de significância encontrado para o Factor 4 (“actividades sociais”) que, comparativamente com os outros factores, é bastante mais inferior, apesar de não ser estatisticamente significativo. Esta significância poderá traduzir que, relativamente à satisfação com as actividades sociais, o facto de viver só ou viver acompanhado pode revelar algumas diferenças entre os grupos.

Para além do viver só/viver acompanhado, seria importante questionar “com quem vive?” ou o número do agregado familiar. Aqui se encontra outra das limitações do questionário sócio-demográfico. Os estudos mostram que viver só ou só com os filhos não altera a apreciação de suporte social, isto é, as pessoas que vivem sozinhas ou somente com os filhos têm apreciações de suporte social pouco positivas (Requeijo et al., 2005).

Sendo a família a maior fonte de suporte social (Ribeiro, 1999a) seria importante saber que membros da família proporcionam maior suporte.

No que concerne à prática de religião, apesar da diferença da quantidade de participantes que praticam religião (72,5%) comparada com os que não praticam (27,5%), verifica-se neste estudo que há diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam ($t = 2,395$ e $p = 0,023$), sendo a média das pessoas que praticam religião ($M = 49,57$) superior à média das pessoas que não praticam religião ($M = 42,41$), ou seja, as pessoas que praticam religião possuem uma maior percepção de suporte social do que as que não praticam.

Depreende-se assim o papel que a religião desempenha na vida das pessoas, sendo uma das maiores fontes de suporte social para esta população. Esta afirmação tem em conta alguns relatos efectuados pelos participantes aquando da administração do instrumento utilizado para esta pesquisa. Citando de memória alguns participantes: “Estou aqui, graças a Deus”; “Sou eu e Deus”; “Deus é que me ajuda”. Verificou-se, através de pequenas expressões, o quão importante é a religião na vida destes participantes.

Nos factores “satisfação com os amigos” e “satisfação com a família” também foi possível verificar diferenças ($t = 2,552$ e $p = 0,016$; $t = 2,290$ e $p = 0,027$ respectivamente) relativamente à satisfação com o suporte social entre as pessoas que praticam religião e as que não praticam. Este facto reforça a ideia de que a religião/Igreja, assim como a família, protegem as pessoas (especialmente as mulheres) de certas patologias (Ornelas, 1996).

As crenças religiosas aparecem na literatura como fundamentais na luta contra doenças graves (Pietrukowicz, 2001).

Assim, a religião oferece a solidariedade e o apoio que as pessoas procuram (Pietrukowicz, 2001). O discurso da Igreja fornece sentido, orientando e ajudando as pessoas a resolverem e a contornarem os seus problemas do quotidiano (Cerqueira-Santos, Koller & Pereira, 2004).

Dalgalorrondo (2006) salienta que o apoio social dado pelos grupos religiosos age positivamente sobre a saúde mental. Os estudos mostram ainda que os indivíduos que se envolvem em actividades religiosas apresentam maior bem-estar psicológico e menor incidência de transtornos mentais.

No estudo efectuado por Seidl e Tróccoli (2006) com indivíduos seropositivos, verificou-se que, para além do cônjuge/parceiro e dos familiares, as instituições religiosas eram tidas como maior fonte de suporte social.

Desta forma, pode-se portanto reafirmar que o envolvimento religioso tem efeitos positivos sobre a saúde mental (Dalgalorrondo, 2006).

Quanto ao último objectivo desta investigação, referente à variável “patologia”, não foi possível encontrar diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre os diferentes grupos de patologias encontradas.

Estes resultados não foram ao encontro da revisão da literatura que menciona que a percepção de ausência de suporte social está associada à presença de alguns transtornos mentais tais como a depressão, ansiedade e a esquizofrenia (Baptista, 2005; Baptista et al., 2006; Barrón, 1996; Cid, 2008; Langford et al., 1997; Lima, 1999; Lovisi et al., 1996; Oliveira, 2000; Ornelas, 1996).

No entanto, Schwarzer e Leppin (1991) defendem que a relação entre suporte social e saúde dependem não só da população em estudo como também das medidas utilizadas para avaliar tanto o suporte social como a saúde.

No caso concreto desta investigação, não se poderá afirmar que o instrumento de avaliação não tenha sido o mais adequado. Observa-se no presente estudo que o número de participantes é relativamente pequeno e que existe uma grande diversidade de patologias, o que faz com que para cada uma dessas patologias exista um número relativamente pequeno de participantes, o que impossibilita uma análise estatística mais precisa.

Limites e Sugestões do Estudo

Após a explanação dos resultados e da sua discussão e, independentemente dos objectivos propostos, surgem outras limitações desta investigação (para além das que já foram sendo citadas na discussão dos resultados), bem como as sugestões para futuras investigações.

Inicialmente ressalta-se a questão da brevidade do instrumento que não permite recolher a informação suficiente para analisar mais pormenorizadamente a percepção de satisfação com o suporte social desta população. No entanto, verifica-se um consenso nos estudos “sobre a necessidade da existência de instrumentos multidimensionais psicometricamente fundamentados, para utilização com população doente, que sejam suficientemente breves para não constituírem uma sobrecarga” (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008, p.54).

A escolha do instrumento utilizado teve em conta este consenso; no entanto, este instrumento parece não ser suficiente para analisar com mais detalhe como é que os indivíduos com perturbação psiquiátrica percebem o seu suporte social. Seria, desta forma, importante recolher esta informação recorrendo a entrevistas individuais e, posteriormente, fazer uma análise qualitativa do seu conteúdo.

Nestas entrevistas seria crucial questionar cada um dos participantes acerca da sua definição de suporte social, pois, como se verificou na literatura, não existe consenso acerca desta definição (Ornelas, 1994; Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Relativamente ao questionário sócio-demográfico, este deveria conter mais questões, nomeadamente, que tipo de religião o indivíduo pratica e qual o seu nível sócio-económico, assim como saber com quem a pessoa vive, pois “o conhecimento do tamanho e da diversidade do sistema de suporte social percebido pelos participantes é um dos factores relevantes na compreensão do nível de integração social” (Ornelas, 1996, p. 267).

De acordo com Ornelas (1994), o nível sócio-económico (assim como a etnia), é um factor crucial na composição das redes de suporte, tendo um papel amortecedor.

Não tendo sido possível aceder ao número exacto de utentes que frequentam o Serviço onde foi recolhida a amostra, pela quantidade de processos existentes, verifica-se que esta amostra não é representativa da população. Seria assim necessário um maior número de utentes a fim de se conseguir obter resultados onde fosse possível fazer uma generalização.

Seria também pertinente fazer um estudo comparativo entre os utentes que frequentam a consulta externa e os que se encontram em período de internamento, a fim de se verificar até que ponto a percepção de satisfação com o suporte social é diferente nestes dois grupos.

Desta forma, sugere-se para futuras investigações na área do Suporte Social aplicado à população com perturbações psiquiátricas, um maior aprofundamento das questões relacionadas com o tamanho e a diversidade das redes de suporte, com a frequência dos contactos, a questão da percepção individual da qualidade das relações, a sua duração e, acima de tudo, verificar a definição de cada um dos participantes acerca do suporte social.

Pelo facto de se terem encontrado valores significativos para a variável “prática de religião” sugere-se que, em futuras investigações se questione o tipo de religião praticada, pois, de acordo com Dalgalorrondo (2006), falar de religiosidade e articulá-la com o bem-estar psicológico e com a ocorrência de transtornos mentais implica falar das diferentes religiões, visto que esta pode ter diferentes significados, contornos e implicações para as pessoas de diferentes grupos sociais. Este facto não foi tido em conta nesta investigação, mas seria importante averiguar qual a religião que cada participante pratica e verificar as diferenças existentes entre a satisfação com o suporte social e o tipo de religião praticada.

Conclusão

Conclusão

Tendo em consideração todos os aspectos mencionados nesta monografia, percebe-se que o suporte social desempenha um papel importante na vida das pessoas.

As relações conjugais, de amizade e até mesmo as organizacionais, exercem uma forte influência sobre as pessoas. O facto de o indivíduo acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele (Cobb, 1976) ajuda a satisfazer as suas necessidades sociais básicas, o que, de acordo com Thoits (1982) são o afecto, o sentimento de pertença, a segurança, a identidade e a estima.

Sendo o suporte social uma experiência pessoal (Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999a), a percepção que cada um tem do suporte que recebe dos outros é, sem dúvida, a única forma de tornar este conceito mensurável. A percepção que o indivíduo tem acerca da disponibilidade de apoio por parte da sua rede de suporte é primordial (Due, et al., 1999).

O suporte social tem, na perspectiva de Cobb (1976), a capacidade de proteger as pessoas contra determinadas patologias, tornando-se assim um recurso fulcral para quem sofre de doenças crónicas (Pedroso & Sbardelloto, 2008).

Este estudo exploratório de carácter observacional, permitiu mostrar que a percepção da satisfação com o suporte social destes indivíduos com perturbação psiquiátrica apresenta um valor médio, o que nos possibilita afirmar que a intervenção nesta área, e com esta população, é muito relevante. De acordo com a literatura, o suporte social apresenta grandes benefícios para a saúde. Os sistemas/redes de apoio são recursos sociais e contextuais que possibilitam que se lide com sucesso com os acontecimentos de vida que causam *stress* e com as perturbações a eles associados (Paúl & Fonseca, 2001).

Apesar de, neste estudo, não terem sido encontradas muitas diferenças significativas entre os grupos, esta investigação permitiu encontrar diferenças significativas

relativamente à satisfação com o suporte social entre os indivíduos que praticam religião e os que não praticam. Estas diferenças (para a variável religião) ressaltam assim para o facto de a religião não ser apenas tratada numa perspectiva individual e psicológica, mas sobretudo contextualizá-la nas suas origens sócio-culturais, na sua história e no seu simbolismo.

Como salienta Küchler et al. (1991), o facto de se possuir uma orientação espiritual sólida e, concomitantemente, um suporte social adequado, vai fazer com que o doente colabore mais. A religião é fundamental na luta contra as doenças, visto que esta oferece o apoio necessário, tornando a vida das pessoas mais coerente e com mais significado (Pietrukowicz, 2001).

De acordo com os resultados obtidos, a definição de suporte social fornecida por Lima (1999) parece ter maior fundamento, pois, segundo o autor, o suporte social diz respeito a um conjunto de factores protectores significativos e apropriados que o ambiente social é capaz de fornecer às pessoas. Dentro destes factores protectores encontram-se a religião, os amigos, a família. Ao partilharem com estes grupos as suas angústias, as pessoas conseguem ultrapassar as situações mais delicadas (Pietrukowicz, 2001).

Como foi possível verificar na revisão da literatura, o suporte social, ou melhor, a sua ausência tem implicações negativas na saúde das pessoas, nomeadamente na sua saúde mental. Os indivíduos que apresentam um maior suporte social, também apresentam um melhor ajuste, quer físico, quer mental (Symister & Friend, 2003; Vaux, 1988). O suporte social aparece assim como tendo um papel essencial na promoção e manutenção da saúde mental (Dessen & Braz, 2000; Ramos, 2002).

É possível afirmar que a presença de um sólido suporte social, qualquer que seja a fonte donde este provenha, reduz o impacto de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos (Baptista, et al., 2006; Barrón, 1996); portanto, os trabalhos

efectuados nesta área devem ter implicações na planificação e no funcionamento dos serviços de saúde mental, pois, se o objectivo destes serviços é o de atingir altos níveis de eficácia é indispensável incluir, no plano de intervenção, estratégias que incidam sobre o suporte social de cada um dos tipos de utentes.

Para finalizar, ressalta-se o pensamento de Ornelas (1996) o qual salienta que:

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

É necessário reafirmar que o suporte social é de notável importância para o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida, da capacidade de enfrentar problemas, para o aumento da auto-estima e da vontade de viver (Andrade & Vaitsman, 2002), logo, é fundamental que os profissionais de saúde, em especial os de saúde mental, estejam efectivamente atentos à análise do suporte social dos seus pacientes, a fim de minimizar o impacto das doenças e até mesmo a fim de melhorar o estado de saúde dos indivíduos.

Referências

Referências

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição - texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, G.R.B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes : Conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 74(4), 925-934.
- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C., & Silveira, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Baptista, M.N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *PSICO-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D., & Torres, E.C.R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. London: Allyn and Bacon.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458-475.
- Cassel, E.J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 11, 1040 -1043.
- Cassel, E.J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S.H., & Pereira, M.T.L.N. (2004). Religião, saúde e cura: Um estudo entre Neopentecostais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), 82-91.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.

- Coyne, J.C., & DeLongis A. (1986). Going beyond social support. The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460.
- Cid, M.F.B. (2008). *Fatores de risco e proteção: Saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos.
- Dalgalorrondo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: Saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 177-178.
- Dela-Coleta, A.S.M. (2007). *Estresse e suporte social em profissionais do setor de segurança pessoal e patrimonial*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
- Dessen, M.A., & Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- DiMatteo, M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relation strain. *Social Science and Medicine*, 48, 661-673.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12, 5-22.
- Guterres, M.C., & Frasquilho, M.A. (2004). Prevenção terciária em saúde mental: Novas respostas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 69-77.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12, 25-31.
- Heller, K., Swindle, R., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-70.
- Henriques, A.M.P., & Lima, M.L. (2003). Estados afectivos, percepção do risco e do suporte social: A familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. *Análise Psicológica*, 21(3), 375-392.

Hockenbury, D.H., & Hockenbury, S.E. (2003). *Descobrimos a Psicologia*. São Paulo: Edições Manole.

Kaniasty, K., & Norris, F. (1995). Mobilization and deterioration of social support following natural disasters. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 94-98.

Kapiczinski, F., Quevedo, J., & Izquierdo, I. (2000). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 149-152.

Küchler, T., Kober, B., Brölsch, C., Henne-Bruns, D., & Kremer, B. (1991). Quality of life after transplantation: Can a psychosocial support program contribute? *Transplantation Proceedings*, 23, 1541-1544.

Lahey, B., & Drew, J. (1997). A social cognitive perspective on social support. In G. Pierce, B. Lahey, I. Saranson, & B. Saranson (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp.107-140). New York: Plenum Press.

Landim, F.L.P., Comaru, J.L., Mesquita, R.B., & Collares, P.M. (2006). Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade da periferia de Fortaleza. *Cogitare Enfermagem*, 11(1), 16-23.

Langford, C.P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P., & Lillis, P.P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-18). London: Academic Press.
- Lovisi, G.M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., & Morgado, A.F. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15(2), 65-68.
- Maia, A.C. (2007). Factores Preditores de PTSD e critérios de selecção em profissionais de actuação na crise. In L. Sales (coord.), *Psiquiatria da Catástrofe* (pp.263-276). Coimbra: Almedina.
- Martins, C.S.C. (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*. Retirado de www.psicologia.com.pt a 23 de Março de 2008.
- Martins, R.M.L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134.
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.

- Matsukura, T.S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (QSS): Estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.
- Matsukura, T.S., Marturano, E.M., Oishi, J., & Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(3), 415-428.
- Mazzei, A.M.A., Monroe, A.A., Sasaki, C.M., Gonzales, R.I.C., & Villa, T.C.S. (2003). Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 11(2), 41-46.
- McNally, S.T., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 309-314.
- Moss, G.E. (1973). *Illness, immunity, and social interaction*. New York: Wiley.
- Nunes, M. (2005). Apoio social na diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 135-149.
- Oliveira, R.A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4(18), 437-453.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3(12), 333-339.

- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263-268.
- Paixão, R., & Oliveira, R.A. (1996). Escala instrumental e expressiva do suporte social. *Psicológica*, 16, 83-89.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedroso, R.S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crónicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7, 32-35.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pietrukowicz, M.C.L.C. (2001). *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.
- Pinto, J.L.G., Garcia, A.C.O., Bocchi, S.C.M., & Carvalhaes, M.A.B.L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 753-764.
- Ponte, A.C., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.53-56). Lisboa: ISPA.

- Rabelo, D.F., & Neri, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Ramos, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7(4), 156-175.
- Requeijo, M., Vieira, F., Guerra, M.P., & Santos, J. (2005). *Influência do suporte social na depressão e na auto-estima do paciente com dor crónica*. Retirado de www.forpsi.com.pt/artigo_mario_forpsi.doc a 2 de Novembro de 2007.
- Reynolds, J.S., & Perrin, N.A. (2004). Mismatches in social support and psychosocial adjustment to breast cancer. *Health Psychology*, 23(4), 425-430.
- Ribeiro, J.L.P. (1999a). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, J.L.P. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodriguez, M.S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Ruzzi-Pereira, A. (2007). *Doença mental materna: Ações de parenting e suporte social*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: São Paulo.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Seidl, E.M.F., & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Siqueira, M.M.M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123-129.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23, 145-159.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behaviour, Extra Issue*, 53-79.

- Uchino, B.N., Cacioppo, N.T., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, *119*, 488-531.
- Undén, A.L., & Orth-Gomér, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science & Medicine*, *29*(12), 1387-1392.
- Vaux A. (1988). *Social Support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *27*(1), 78-89.
- Winemiller, D.R., Mitchell, E., Sutliff, J., & Cline D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Clinical Psychology*, *49*(5), 638-648.
- Wortman, C., & Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: stress* (pp. 68-70). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Anexos

ANEXO A

Questionário Sócio-Demográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Preencha e coloque um círculo à volta do número.

Idade: _____ anos

Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

Estado civil:

1. Solteiro (a)
2. Casado (a) ou em união de facto
3. Separado (a) ou divorciado (a)
4. Viúvo (a)

Agregado familiar:

1. Vive só
2. Vive acompanhado (a)

Situação profissional:

1. No activo
2. Doméstico (a)
3. Desempregado (a)
4. De baixa médica
5. Reformado (a)
6. Estudante
7. Outra situação. Qual? _____

Pratica alguma religião?

1. Sim
2. Não

ANEXO B

Escala de Satisfação com o Suporte
Social (ESSS)

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS) (Ribeiro, 1999)

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

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C

Grelha de correcção da Escala de
Satisfação com o Suporte Social

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS) (Ribeiro, 1999)

Grelha de correcção

	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	1	2	3	4	5
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	5	4	3	2	1
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	5	4	3	2	1
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	5	4	3	2	1
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	5	4	3	2	1
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	5	4	3	2	1
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	5	4	3	2	1
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	5	4	3	2	1
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	5	4	3	2	1
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	5	4	3	2	1

ANEXO D

Autorização do Director do Serviço de
Santo Tirso do Hospital de Magalhães
Lemos



Porto, 8 de Abril de 2008

Exmo. Sr. Director do Serviço de Santo Tirso do Hospital de Magalhães Lemos,

No âmbito da realização da minha monografia, para conclusão do Curso de Licenciatura em Psicologia, Ramo: Clínica, venho por este meio solicitar a vossa autorização para efectuar uma investigação científica com os utentes que frequentam a consulta externa deste serviço, sob o tema “percepção da satisfação com o suporte social”.

O principal objectivo deste trabalho é assim, verificar a percepção da satisfação com o suporte social desta população. Para tal, será administrado um Questionário Sócio-Demográfico (para recolher informação acerca dos indivíduos) e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (Ribeiro, 1999).

Para além da vossa autorização, será igualmente solicitado a todos os participantes o seu consentimento informado, por escrito.

Sublinha-se que toda a informação recolhida será apenas utilizada para a realização da monografia e unicamente esta finalista de Psicologia Clínica terá acesso à mesma, preservando-se assim o anonimato dos participantes.

Com os mais sinceros cumprimentos,

Atenciosamente,

Finalista de Psicologia, Ramo: Clínica: Vera B. Rodrigues

Orientador de monografia: Prof. Doutor Milton Madeira

Director do Serviço de Santo Tirso: Dr. Manuel Matos

ANEXO E

Autorização do autor da Escala de
Satisfação com o Suporte Social

Pedido de autorização para uso de Escala

Exmo Prof. Doutor Pais Ribeiro,

O meu nome é Vera Rodrigues, sou aluna do 5º ano de Psicologia Clínica da Universidade Fernando Pessoa.

Venho por este meio pedir a sua autorização para o uso da "Escala de Satisfação com o Suporte Social", a utilizar no âmbito da realização da monografia, sob supervisão do Prof. Doutor Milton Madeira (para quem envio cópia deste email).

O objectivo do meu estudo é verificar a relação entre a satisfação com o suporte social e a idade, o sexo, o agregado familiar, a empregabilidade e o tipo de patologia numa amostra de doentes que frequentam a consulta externa do Serviço de Santo Tirso, do Hospital de Magalhães Lemos.

Desta forma, agradeço a sua colaboração e estou aberta a sugestões que ache pertinentes.

Fico a aguardar a sua autorização,

Com os mais sinceros cumprimentos,

Atenciosamente,

Vera Rodrigues

José Luis Pais Ribeiro mostrar detalhes 08/03/17 Responder

para 10593

autorizo o pedido abaixo

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile/cell phone (351) 965045590

<http://paisribeiro.googlepages.com/home>

- Mostrar citação -

----- Original Message -----

From: 10593@ufp.pt

To: jlpr@fpce.up.pt

Cc: madeira@ufp.pt

Sent: Thursday, March 13, 2008 4:27 PM

Subject: Pedido de autorização para uso de Escala

ANEXO F

Consentimento informado

Estudo sobre Satisfação com o Suporte Social

No âmbito de uma investigação sobre a *Satisfação com o Suporte Social*, desenvolvida para a realização da monografia em Psicologia Clínica, da Universidade Fernando Pessoa (Porto), vimos pedir a sua colaboração.

Para tal, pedimos que preencha os questionários que lhe serão fornecidos.

Inicialmente, deverá preencher um Questionário Sócio-Demográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal (idade, sexo, ...). A Escala que se segue (Escala de Satisfação com o Suporte Social) pretende avaliar o seu grau de satisfação com a sua família, amigos e actividades sociais.

Se decidir colaborar no nosso estudo, deverá, antes de mais, indicá-lo na declaração que se segue (consentimento informado).

Agradecemos desde já a sua atenção para com este estudo.

Vera B. Rodrigues

DECLARAÇÃO (Consentimento Informado)

Declaro que aceito participar num estudo da responsabilidade de Vera B. Rodrigues, no âmbito da realização da monografia da Licenciatura em Psicologia Clínica da Universidade Fernando Pessoa (Porto).

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e de que tinha o direito de recusar participar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento, sem qualquer consequência para mim.

Assinatura: _____

Data ___/___/___