

**IMPACTO DO *COPING* PROACTIVO, DO *DISTRESS* EMOCIONAL  
E DA AUTO-ESTIMA NA FUNCIONALIDADE E QUALIDADE  
DE VIDA DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA.**

Diana Salgado<sup>1</sup>, Nuno Rocha<sup>1,2</sup> & António Marques<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico do Porto; <sup>2</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto

---

**RESUMO:** Este estudo teve como objectivos verificar a relação do coping proactivo, do *distress* emocional e da auto-estima com diferentes domínios de funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com Esquizofrenia. Para tal, 23 pessoas com Esquizofrenia foram avaliadas nos domínios considerados fundamentais para a consecução do estudo com recurso à seguinte bateria de testes: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- Bref), *Life Skills Profile*, *Proactive Coping Inventory* (PCI), Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e Escala de Auto-estima de Rosenberg. Verificou-se que os domínios de coping que mais se correlacionaram com as diferentes variáveis funcionais e de qualidade de vida foram o coping proactivo, o coping reflexivo, o planeamento estratégico e o coping preventivo. Não foi encontrada nenhuma correlação significativa com o coping de evitamento. Em geral não se encontraram correlações significativas no caso dos sintomas de *distress* emocional, com excepção da depressão que se encontrou correlacionada com as competências de comunicação e com a qualidade de vida no domínio das Relações Sociais, e do stress que se correlacionou significativamente com o domínio Psicológico de qualidade de vida. A auto-estima apresentou-se mais correlacionada com a percepção subjectiva de qualidade de vida do que os indicadores mais objectivos de funcionalidade.

*Palavras-chave:* Coping proactivo, Funcionalidade, Qualidade de vida, Esquizofrenia, *Distress* emocional, Auto-estima.

---

**THE IMPACT OF PROACTIVE COPING SKILLS, EMOTIONAL *DISTRESS*  
AND SELF-ESTEEM ON FUNCTIONING AND QUALITY  
OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA**

**ABSTRACT:** The aim of this study was to examine the relative associations between proactive coping skills, emotional distress, self-esteem, functioning and quality of life among persons diagnosed with schizophrenia. Twenty three persons diagnosed with Schizophrenia were assessed with the following instruments: Quality of Life Scale from the World Health Organization, Life Skills Profile, Proactive Coping Inventory, Anxiety, Depression and Stress Scale, and Rosenberg Self-Esteem Scale. Through correlative analysis we found that proactive coping, reflective coping, strategic planning and preventive coping correlated positively with different dimensions of functioning and quality of life. Avoidant coping wasn't correlated with any functional outcome. We also didn't found significant correlations between distress symptoms, functioning and quality of life, excepting depressive symptoms, which were correlated with communication skills and social relationships, and stress symptoms, which significantly

correlated with the Psychological domain of quality of life. Self-esteem was positively associated with several domains of quality of life but not with objective dimensions of functioning.

*Key words:* Proactive coping, Functioning, Quality of life, Schizophrenia, Emotional distress, Self-esteem.

---

Recebido em 27 de Março de 2008 / aceite em 18 de Abril de 2008

Apesar de ser notoriamente difícil descrever um percurso “natural” e invariável das doenças em geral, facilmente nos apercebemos que a Esquizofrenia é uma doença mental complexa, incerta no seu desenvolvimento, cujo curso de evolução pode variar consideravelmente de pessoa para pessoa (Wiersma, Nienhuis, Slooff, & Giel, 1998), conforme o próprio Kraepelin chegou a observar. Assim, podem-se constatar desde casos com início agudo, com poucas recaídas, e com boa recuperação ao longo do tempo, até casos com recaídas frequentes e exacerbações, e com progressiva deterioração funcional ao longo do tempo (Cardoso, 2002; Lawrie & Johnstone, 2004).

Podemos pensar à partida que esta variabilidade resulta exclusivamente da própria heterogeneidade do processo patofisiológico da doença. Contudo, a opinião mais consensual é de que o início e o subsequente curso da Esquizofrenia parece obedecer a princípios de causalidade multifactorial. Neste sentido, o Modelo de Diátese-*Stress* ou Modelo de Vulnerabilidade-*Stress* (Nuechterlein & Dawson, 1984; Nuechterlein et al., 1994; Zubin & Spring, 1977) conceptualiza a existência de um nível elevado de vulnerabilidade, explicada pela interacção entre factores biológicos (e.g., infecções virais, sequelas neuropsicofisiológicas e factores genéticos predisponentes) e psicossociais (e.g., relações familiares disruptivas e pobreza), que aliada a baixos recursos pessoais de *coping* e a competências inadequadas de ajustamento psicossocial, aumenta a sensibilidade aos *stressores* ambientais, potenciando a disposição para o aparecimento, manutenção e exacerbação dos sintomas psicóticos. Assim, hipotetiza-se que precocemente no desenvolvimento pode ocorrer uma disrupção neurodesenvolvimental e/ou psicológica causada por determinantes genéticos e/ou por *stressores* ambientais. Estes últimos, posteriormente no desenvolvimento, podem agravar a expressão sintomática desta vulnerabilidade.

Relativamente às implicações dos eventos *stressantes* de vida no início e no curso da Esquizofrenia, Vaz-Serra (2002, p.343) afirma que «*é difícil de determinar se a presença de dado acontecimento de vida julgado como perturbador é independente da psicose ou já é o produto da interacção da doença incipiente com o meio ambiente, em que o indivíduo interpreta de forma distorcida certas ocorrências e actua de forma a dar origem a situações aversivas*». Não sendo possível aferir com segurança uma sequência causal de eventos, jogando com as variáveis *stressores* e *sintomas*, o que parece suceder é que eventos de vida comuns (*daily hassles*) parecem ser inusualmente perturbadores para as pessoas com Esquizofre-

nia, até mais do que acontecimentos considerados mais significativos (Hatfield & Lefley, 1993; Norman & Malla, 1991). Num estudo realizado por Myin-Germeys, van Os, Schwartz, Stone, e Delespaul (2001), verificou-se que níveis mais elevados de risco familiar para o desenvolvimento de Esquizofrenia parecem estar relacionados com níveis superiores de reactividade emocional a *stressores* da vida diária, apontando-se para o facto desta reactividade ao stress poder constituir um marcador de vulnerabilidade.

Quanto ao risco de recaída psicótica, constata-se que o aparecimento de novos episódios agudas da doença está ligado a eventos causadores de *stress*, sendo que as pessoas com Esquizofrenia que vivenciaram experiências de vida negativas têm maior possibilidade de recidivarem e de exacerbarem a sintomatologia depressiva (Norman & Malla, 1993). Os doentes que experienciam eventos de vida especialmente *stressantes* e que não recaem provavelmente tendem a mobilizar com maior eficiência respostas que podem ser denominadas de *coping* efectivo (Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Green, & Gitlin, 2004). Neste sentido, verifica-se que o *stress* pode ser um precipitante de exacerbações do quadro psicopatológico, sobretudo se houver um comprometimento significativo das competências necessárias para lidar com o *stress*. Tal tende a ocorrer o com frequência nas pessoas com Esquizofrenia, que desde a fase inicial da doença evidenciam recursos escassos de *coping*, caracterizados essencialmente pela utilização de estratégias passivas ou evitantes (Hultman, Wieselgren, & Ohman, 1997; Lysaker, Davis, Lightfoot, Hunter, & Stasburger, 2005; MacDonald, Pica, McDonald, Hayes, & Baglioni, 1998).

Por fim, no que diz respeito à funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com incapacidades psiquiátricas severas, os estudos em geral apontam para o facto de melhores *outcomes* estarem habitualmente associados a um uso adaptativo de competências de *coping*, sobretudo as orientadas para a resolução de problemas (e.g., Meyer, 2001; Middleboe & Mortensen, 1997; Yanos, Primavera, & Knight, 2001). Contudo, poucos estudos investigaram até ao momento o impacto do *coping* proactivo, um conceito de Schwarzer (Schwarzer, 2001; Schwarzer & Taubert, 2002) oriundo dos paradigmas da Psicologia da Saúde. Este conceito sublinha a importância da determinação e concretização de objectivos e a procura de novos desafios de vida, em contraposição com a perspectiva clássica de *coping* centrada nos esforços necessários para fazer frente aos *stressores* e às suas consequências (comummente dicotomizada em *coping* centrado nas emoções e *coping* centrado nos problemas, conforme apresentado por Lazarus e Folkman, 1984).

Assim, este trabalho tem como objectivo principal verificar quais os domínios de *coping* mais relacionados com as diferentes dimensões de funcionamento psicossocial e de qualidade de vida de pessoas com Esquizofrenia (sendo analisado com especial atenção o impacto do *coping* proactivo). Paralelamente, procuraremos também analisar as contribuições relativas do distress emocional e da auto-estima na sua relação com as variáveis funcionais e de qualidade de vida consideradas.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram neste estudo 23 pessoas diagnosticadas com Esquizofrenia, maioritariamente do sexo masculino (60,9%), com idades compreendidas entre os 29 e os 57 anos de idade ( $M=43,6$ ;  $DP=8,84$ ). Os participantes encontravam-se, na altura da avaliação, integrados em três instituições de saúde mental de diferentes regiões do país (Porto, Aveiro e Setúbal), todas localizadas em zonas urbanas.

Os participantes eram maioritariamente solteiros (78,3%), com baixo nível de formação académica (52,2% apresentavam um nível de escolaridade igual ou inferior ao 6º ano), sendo que todos se encontravam desempregados ou com pensão social.

*Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra*

| Indicadores                  | Categorias          |                                |                    |                      |                              |                       | Total |
|------------------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|-------|
| <b>Estado Civil</b>          | <b>Solteiro</b>     | <b>Casado / União de facto</b> |                    |                      | <b>Separado / Divorciado</b> |                       |       |
| N                            | 18                  | 3                              |                    |                      | 2                            |                       | 23    |
| %                            | 78,3                | 13                             |                    |                      | 8,7                          |                       | 100   |
| <b>Nível de Escolaridade</b> | <b>Até 4º ano</b>   | <b>5º - 6º ano</b>             | <b>7º - 9º ano</b> | <b>10º - 12º ano</b> | <b>Freq. Ensino Superior</b> | <b>Curso Superior</b> |       |
| N                            | 8                   | 4                              | 5                  | 4                    | 1                            | 1                     | 23    |
| %                            | 34,8                | 17,4                           | 21,8               | 17,4                 | 4,3                          | 4,3                   | 100   |
| <b>Situação Laboral</b>      | <b>Desempregado</b> |                                |                    |                      | <b>Pensão social</b>         |                       |       |
| N                            | 7                   |                                |                    |                      | 16                           |                       | 23    |
| %                            | 30,4                |                                |                    |                      | 69,6                         |                       | 100   |

### Material

Após se terem definido os objectivos do trabalho, procuramos identificar e seleccionar os instrumentos de avaliação adequados para a mensuração das variáveis consideradas. Desta forma, todos os participantes deste estudo foram avaliados com recurso ao seguinte conjunto de instrumentos:

Life Skills Profile (LSP), versão de 39 itens, adaptada por Rocha, Queirós, Aguiar, e Marques (2006). Este teste permite avaliar a funcionalidade de pessoas com incapacidades psiquiátricas severas através de uma check-list de competências cujo desempenho é determinado através de uma escala que varia de um a quatro, e no qual uma pontuação mais elevada reflecte melhores níveis de funcionamento psicossocial. Os itens desta escala organizam-se nas seguintes dimensões: Auto-cuidado (que refere à capacidade de desempenhar actividades de vida diária relacionadas com a higiene, preparação de alimentos, vestir, etc), Não-Perturbação ou Comportamento Anti-social (que se reporta à presença de comportamentos violen-

tos e ofensivos, e à capacidade de controlo de impulsos e da zanga), Contacto Social (que se relaciona com a capacidade de manter amizades, interesses e actividades interpessoais), Comunicação (que reflecte o nível de competencias interaccionais), e Responsabilidade (que está associada ao nível de responsabilidade demonstrada na toma de medicamentos, no cuidado com pertences pessoais e na cooperação).

World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL- Bref), adaptado por Vaz-Serra e colaboradores (2006) – Este instrumento de avaliação da qualidade de vida inclui 26 questões que se distribuem por quatro domínios: Físico (e.g., dor, energia, mobilidade), Psicológico (e.g., sentimento positivos e negativos, pensamento, memória e concentração), Relações Sociais (e.g., relações pessoais, apoio social) e Meio Ambiente (e.g., segurança, cuidados de saúde, oportunidade de lazer).

Proactive Coping Inventory (PCI) de Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum e Taubert (1999), adaptado para Portugal por Marques, Lemos e Greenglass (2004) - Este questionário é constituído por frases que representam reacções que se podem ter face perante várias situações e que os indivíduos devem classificar numa escala tipo Likert de 4 posições que variam entre "nunca" e "sempre". No total a escala é composta por 55 itens, que se agrupam nas seguintes sete escalas: *Coping* Proactivo (e.g., tomada de iniciativa, procura de desafios, obtenção de sucesso na resolução de problemas), *Coping* Reflexivo (e.g., pensar em alternativas realistas, agir após reflectir, imaginar-se a resolver um problema antes de o enfrentar), Planeamento Estratégico (e.g., fazer um plano e segui-lo, fazer uma lista e focar-se no mais importante), *Coping* Preventivo (e.g., antecipação de potenciais *stressores*, preparação para lidar com possíveis *stressores* futuros), Suporte Instrumental (e.g., obtenção de aconselhamento, informação e feedback de outras pessoas da rede social), Procura de Suporte Emocional (e.g, saber em quem confiar, sentir-se estimado pelos outros), e *Coping* de Evitamento (e.g., deixar a resolução do problema para o dia seguinte).

Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) - Esta escala pretende avaliar sintomas de ansiedade, depressão e *stress* através de 21 itens, que se agrupam nas três dimensões acima mencionadas (correspondendo a cada dimensão sete itens). As respostas são classificadas entre 0 e 3, correspondendo o 0 a “não se aplicou nada a mim” e o 3 a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A pontuação mais elevada sugere maiores níveis de stress, ansiedade e depressão.<sup>38</sup>A resposta ao instrumento foi realizada por auto-preenchimento. A tríade depressão, ansiedade e stress foi utilizada como indicador de *distress* emocional.

Escala de Auto-estima de Rosenberg (Santos & Maia, 1999) – Este instrumento consiste numa escala unidimensional de avaliação da auto-estima global. A escala é constituída por 10 itens (5 itens considerados como indicadores de atitudes positivas em relação ao *self* e 5 itens considerados como indicadores de atitudes negativas), que se encontram misturados para tornar a estrutura da escala menos transparente. As possibilidades de resposta variam entre “concordo totalmente” e o “discordo totalmente”.

Tendo em consideração a natureza do estudo, procedeu-se à realização da análise dos resultados com recurso ao software SPSS 14.0. Optamos pelo cálculo dos coeficientes de correlação de *Spearman* para verificar a força e direcção das relações estabelecidas entre as variáveis em estudo.

## RESULTADOS

Para determinar as relações existentes entre o *coping* e a funcionalidade dos participantes, começamos por correlacionar as diferentes escalas do PCI com os domínios do LSP (Quadro 2). São de realçar como bastantes significativas as correlações altas<sup>1</sup> que se registaram entre o *Coping* Proactivo, o *Coping* Reflexivo, o *Coping* Preventivo e a funcionalidade em geral (avaliada a partir do *score* total do LSP). Verificaram-se ainda correlações significativas do *Coping* preventivo e do *Coping* Proactivo com os domínios do Auto-cuidado e Comunicação do LSP, entre o Planeamento Estratégico, o *Coping* Reflexivo e o Auto-cuidado (LSP), e entre a Procura de Suporte Emocional e o domínio da Comunicação (LSP).

Quadro 2 – Correlações de *Spearman* entre as diferentes dimensões de *coping* e a funcionalidade

| Dimensões do <i>Coping</i> (PCI) | Domínios de Funcionalidade (LSP) |               |             |             |               |             |               |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
|                                  | AC                               | NP            | CS          | COM         | RESP          | TOT         |               |
|                                  | <b>M(DP)</b>                     | 33,09(3,5)    | 43,26(3,1)  | 14,52(3,6)  | 19,96(2,5)    | 18,26(1,4)  | 129,09(8,0)   |
| <i>Coping</i> Proactivo          | 37,52(8,5)                       | <b>0,44*</b>  | 0,04        | 0,39        | <b>0,48*</b>  | 0,0001      | <b>0,52**</b> |
| <i>Coping</i> Reflexivo          | <b>32,52(7,8)</b>                | <b>0,54**</b> | <b>0,18</b> | <b>0,34</b> | 0,21          | <b>0,20</b> | <b>0,57**</b> |
| Planeamento Estratégico          | 10,78(2,9)                       | <b>0,44*</b>  | -0,10       | 0,37        | 0,24          | -0,03       | 0,38          |
| <i>Coping</i> Preventivo         | 28,43(6,9)                       | <b>0,52**</b> | 0,04        | 0,17        | <b>0,61**</b> | 0,13        | 0,54**        |
| Procura de Suporte Instrumental  | 22,91(6,3)                       | -0,02         | 0,18        | 0,17        | 0,19          | 0,12        | 0,13          |
| Procura de Suporte Emocional     | 14,13(3,3)                       | 0,12          | 0,19        | 0,24        | <b>0,42*</b>  | 0,24        | 0,33          |
| <i>Coping</i> de Evitamento      | 8,43(2,0)                        | 0,006         | -0,02       | 0,24        | -0,18         | -0,11       | 0,05          |

AC - Auto-cuidado; NP - Não-perturbação; CS - Contacto Social; COM - Comunicação; RESP - Responsabilidade; TOT: *Score* total do LSP; \*p < 0,05 \*\* p < 0,01

No que se refere à associação entre as escalas de *stress*, ansiedade, depressão e a funcionalidade, foi apenas encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a depressão e o domínio Comunicação (LSP). É no entanto de realçar que, ainda que não estatisticamente significativas, na generalidade, o *stress*, a ansiedade e a depressão apresentaram correlações negativas com os domínios de funcionamento psicossocial, sugerindo uma associação inversa. No que diz respeito à auto-estima, não foi encontrada qualquer correlação estatisticamente significativa,

tendo-se apenas encontrado uma associação no limiar da significância estatística ( $p < 0,06$ ) com o domínio Comunicação (Quadro 3).

*Quadro 3 – Correlações de Spearman entre distress emocional, auto-estima e funcionalidade*

| Dimensões do Coping (PCI) | Domínios de funcionalidade (LSP) |            |            |            |                   |            |             |
|---------------------------|----------------------------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|-------------|
|                           | AC                               | NP         | CS         | COM        | RESP              | TOT.       |             |
|                           | <b>M(DP)</b>                     | 33,09(3,5) | 43,26(3,1) | 14,52(3,6) | 19,96(2,5)        | 18,26(1,4) | 129,09(8,0) |
| <i>Stress</i>             | 6,96(5,0)                        | -0,19      | -0,26      | -0,18      | -0,25             | -0,14      | -0,35       |
| <i>Ansiedade</i>          | 5,35(4,6)                        | -0,13      | -0,34      | -0,06      | -0,01             | -0,26      | -0,22       |
| <i>Depressão</i>          | 7,30(4,6)                        | -0,26      | -0,06      | -0,25      | <b>-0,42*</b>     | -0,15      | -0,36       |
| <i>Auto-estima</i>        | 26,78(5,4)                       | 0,29       | 0,06       | 0,07       | 0,40 <sup>1</sup> | 0,08       | 0,31        |

AC - Auto-cuidado; NP - Não-perturbação; CS - Contacto Social; COM - Comunicação; RESP - Responsabilidade; TOT: *Score* total do LSP; \* $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  <sup>1</sup> $p < 0,06$

De modo a verificar a associação entre as dimensões de coping e os domínios de qualidade de vida, procedeu-se também à realização de correlações tipo *Spearman*, tendo-se encontrado correlações significativas entre o *Coping* Proactivo e os domínios Psicológico e Relações Sociais de qualidade de vida (Quadro 4). Verificaram-se ainda correlações significativas entre a escala de *Coping* Reflexivo com o domínio Psicológico (WHOQOL-Bref), e entre a escala Planeamento Estratégico e os domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais.

*Quadro 4 – Correlações de Spearman entre as diferentes dimensões de coping e os domínios de Qualidade de Vida*

| Dimensões do Coping (PCI)              | Domínios de Qualidade de Vida<br>WHOQOL-Bref |              |               |              |             |
|--|--|--------------|---------------|--------------|-------------|
|  | DomF   | DomP         | DomRS         | DomA         |             |
|  | <b>M(DP)</b>                                 | 54,50(19,5)  | 53,44(18,0)   | 45,65(21,0)  | 50,27(14,7) |
| <i>Coping Proactivo</i>                | 37,52(8,5)                                   | 0,26         | <b>0,57**</b> | <b>0,41*</b> | 0,25        |
| <i>Coping Reflexivo</i>                | 32,52(7,8)                                   | 0,20         | <b>0,48*</b>  | 0,27         | 0,12        |
| <i>Planeamento Estratégico</i>         | 10,78(2,9)                                   | <b>0,42*</b> | <b>0,51*</b>  | <b>0,41*</b> | 0,20        |
| <i>Coping Preventivo</i>               | 28,43(6,9)                                   | 0,10         | 0,28          | 0,21         | -0,004      |
| <i>Procura de Suporte Instrumental</i> | 22,91(6,3)                                   | 0,11         | 0,12          | 0,16         | -0,13       |
| <i>Procura de Suporte Emocional</i>    | 14,13(3,3)                                   | 0,20         | 0,17          | 0,11         | -0,01       |
| <i>Coping de Evitamento</i>            | 8,43(2,0)                                    | 0,13         | 0,23          | -0,11        | -0,006      |

DomF - Domínio Físico; DomP - Domínio Psicológico; DomRS - Domínio Relações Sociais; DomA - Domínio Ambiente; \* $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

<sup>1</sup> De acordo com Cohen (1988) uma correlação baixa varia entre 0,10 e 0,29, uma correlação moderada entre 0,30 e 0,49, e uma correlação alta acima de 0,50

Por fim, relativamente à associação do *stress*, ansiedade, depressão e auto-estima com os domínios da qualidade de vida, verificou-se a existência de correlações negativas estatisticamente significativas entre a escala de depressão e o domínio das Relações Sociais e entre a escala de *stress* e o domínio Psicológico. Encontramos também correlações estatisticamente significativas entre a escala de auto-estima e os domínios Psicológico e Relações Sociais de qualidade de vida.

*Quadro 5* – Correlações do tipo *Spearman* entre indicadores de *distress* emocional, auto-estima e domínios de Qualidade de Vida.

| Dimensões do <i>Coping</i> (PCI) | Domínios de Qualidade de Vida<br>WHOQOL-Bref |             |                    |                |             |
|----------------------------------|--|-------------|--------------------|----------------|-------------|
|                                  |  | DomF        | DomP               | DomRS          | DomA        |
|                                  | M(DP)  | 54,50(19,5) | 53,44(18,0)        | 45,65(21,0)    | 50,27(14,7) |
| <i>Stress</i>                    | 6,96(5,0)                                    | -0,35       | <b>-0,51*</b>      | -0,13          | -0,28       |
| Ansiedade                        | 5,35(4,6)                                    | -0,35       | -0,40 <sup>1</sup> | -0,23          | -0,28       |
| Depressão                        | 7,30(4,6)                                    | -0,36       | -0,36              | <b>-0,53**</b> | -0,28       |
| Auto-estima                      | 26,78(5,4)                                   | 0,39        | <b>0,47*</b>       | <b>0,73**</b>  | 0,30        |

DomF - Domínio Físico; DomP - Domínio Psicológico; DomRS - Domínio Relações Sociais; DomA - Domínio Ambiente

\* $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  <sup>1</sup> $p < 0,06$

## DISCUSSÃO

Atendendo aos resultados obtidos, podemos concluir que as competências de *coping* parecem ter um impacto assinalável na funcionalidade e qualidade de vida das pessoas com Esquizofrenia. Em particular, os níveis de funcionamento psicossocial e de qualidade de vida parecem ser positivamente influenciados pela utilização de estratégias que reflectem um *coping* mais racional, centrado na resolução activa de problemas, na tomada de iniciativa, na formulação de planos hipotéticos de acção e na antecipação e início da preparação da resposta antes que os agentes *stressores* se desenvolvam por completo. Curiosamente, apenas as competências funcionais associadas à comunicação e interacção se encontraram associadas aos esforços dirigidos à obtenção de apoio e suporte emocional. Estes dados vêm reforçar os estudos que sustentam a perspectiva de que o uso activo de estratégias de *coping* centradas no problema (que envolvem uma análise reflectida e ponderada do mesmo) é um factor preditor de melhores *outcomes* funcionais (Andres, Pfammatter, Fries, & Brenner, 2003; Meyer, 2001; Middleboe & Mortensen, 1997; Yanos, Primavera, & Knight, 2001).

<sup>1</sup> De acordo com Cohen (1988) uma correlação baixa varia entre 0,10 e 0,29, uma correlação moderada entre 0,30 e 0,49, e uma correlação alta acima de 0,50



Contudo, importa salientar que o coping centrado nas emoções não é em princípio uma barreira para a aquisição de níveis superiores de funcionalidade nas pessoas com Esquizofrenia. De facto, conforme discutem Roe, Yanos e Lysaker (2006), a principal questão que se coloca prende-se com o tipo de resposta que os indivíduos costumam dar na resolução de problemas, que pode ser de evitamento ou centrada no problema. De acordo com os dados deste estudo, verificamos que a abordagem evitante aos problemas não parece exercer qualquer influência no nível de funcionalidade ou de qualidade de vida apresentado pelos sujeitos, sendo portanto uma estratégia ineficaz para a produção de bons resultados.

Relativamente à correlação dos indicadores de *distress* emocional com a funcionalidade e a qualidade de vida não foram encontradas em geral associações significativas. São excepção a esta conclusão geral a associação da depressão com a capacidade de comunicação e com o nível de relações sociais, sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva pode ser um impedimento ao estabelecimento e manutenção de interações sociais, e do *stress* com o domínio Psicológico de qualidade de vida, que parece reflectir a ocorrência de alterações da vida psicológica concomitantes com a presença de sintomas de *stress*. Em todo o caso, estes resultados estão de acordo com a concepção de que a psicossintomatologia pouca influência tem na predição da funcionalidade das pessoas com doença mental, sendo muito comum que permaneça a incapacidade mesmo após a remissão sintomática (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002; Corrigan & Buican, 1995).

No que diz respeito à auto-estima, são de assinalar as maiores associações estabelecidas com a percepção subjectiva de qualidade de vida do que com a funcionalidade. No mesmo sentido, num estudo realizado por Torrey, Mueser, McHugo e Drake (2000), verificou-se que a auto-estima se encontrava mais associada com medidas subjectivas (e.g., satisfação com a vida), do que com indicadores objectivos de funcionalidade. Outros estudos (e.g., Hansson et al., 1999; Hiroko, Yoshio, & Kazuo, 2005; Ruggeri, Warner, Bisoffi, & Fontecedro, 2001) confirmam a tendência da auto-estima para se encontrar relacionada com indicadores mais subjectivos de resultados, que na opinião da maioria dos investigadores devem ser valorizados na mensuração da eficácia dos programas de intervenção.

Tendo em consideração a evidência encontrada neste estudo, revela-se fundamental incluir intervenções terapêuticas no plano de reabilitação psicossocial de pessoas com Esquizofrenia, desenhadas para potenciar o sistema pessoal de *coping*, no sentido de o tornar mais adaptativo, e de melhorar a sua auto-estima. Encontram-se no estudo de Marques, Queirós e Rocha (2007) e de Lecomte e colaboradores (1999) dados empíricos que permitem antever o sucesso do recurso a estes formatos de intervenção terapêutica.

## REFERÊNCIAS

- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry, 18*, 149-154.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Cardoso, C. M. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. (10ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, P., & Buican, B. (1995). The Construct Validity of Subjective Quality of Life for the Severely Mentally Ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(5), 281-285.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument*. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Cracow, Poland.
- Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., et al. (1999). Predictors of Subjective Quality of Life in Schizophrenic Patients Living in the Community. a Nordic Multicentre Study. *International Journal of Social Psychiatry, 45*(4), 247-258.
- Hatfield, A., & Lefley, H. (1993). *Surviving Mental Illness: Stress, Coping and Adaptation*. New York: The Guilford Press.
- Hiroko, K., Yoshio, M., & Kazuo, N. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*(2), 163-169.
- Hultman, C., Wieselgren, I., & Ohman, A. (1997). Relationships between social support, social coping, and life events in the relapse of schizophrenia patients. *Scandinavian Journal of Psychology, 38*, 3-13.
- Lawrie, S., & Johnstone, E. (2004). Schizophrenia and Related Disorders. In E. Johnstone, S. Lawrie, D. Owens, M. Sharpe & C. Freeman (Eds.), *Companion to Psychiatric Studies* (7th ed., pp. 390-420). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A., Wilde, J., Leclerc, C., & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease, 187*(7), 406-413.
- Lysaker, P., Davis, L., Lightfoot, J., Hunter, N., & Stasburger, A. (2005). Association of Neurocognition, Anxiety, Positive and Negative Symptoms with Coping Preference in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Research, 80*(2-3), 163-171.
- MacDonald, E., Pica, S., McDonald, S., Hayes, R., & Baglioni, A. (1998). Stress and Coping in Early Psychosis: Role of Symptoms, Self-efficacy, and Social Support in Coping with Stress. *British Journal of Psychiatry, Supplement, 172*(33), 122-127.
- Marques, A., Queirós, C., & Rocha, N. (2007). Programa de desenvolvimento de estratégias de auto-controlo e gestão do stress em pessoas com Esquizofrenia. *Saúde Mental, 9*(2), 12-24.
- Marques, S., Lemos, J., & Greenglass, E. (2004). Proactive Coping Inventory (PCI), Portuguese Translation. Acedido a 12 Janeiro de 2007 de [http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci\\_porto.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci_porto.htm)

- Meyer, B. (2001). Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.
- Middleboe, T., & Mortensen, E. (1997). Coping strategies among long term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 188-194.
- Myin-Germeys, I., van Os, J., Schwartz, J., Stone, A., & Delespaul, P. (2001). Emotional Reactivity to Daily Life Stress in Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1137-1144.
- Norman, R., & Malla, A. (1991). Subjective Stress in Schizophrenic Patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 212-216.
- Norman, R., & Malla, A. (1993). Stressful Life Events and Schizophrenia: a Review of the Research. *British Journal of Psychiatry*, 162, 161- 166.
- Nuechterlein, K., & Dawson, M. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nuechterlein, K., Dawson, M., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K., Snyder, K., et al. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 382, 58-64.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2006). *Life Skills Profile (LSP – 39): Versão Portuguesa Autorizada*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Roe, D., Yanos, P., & Lysaker, P. (2006). Coping with Psychosis: An Integrative Development Framework. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(12), 917-924.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., & Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 268-275.
- Santos, P., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg self-esteem scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In A. Soares, S. Araujo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 6, pp. 101-113). Braga: APPORT.
- Schwarzer, R. (2001). Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Journal*, 50, 400-407.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Torrey, W., Mueser, K., McHugo, G., & Drake, R. (2000). Self-Esteem as an Outcome Measure in Studies of Vocational Rehabilitation for Adults With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 51(2), 229-233.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição de Autor.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Ventura, J., Nuechterlein, K., Subotnik, K., Green, M., & Gitlin, M. (2004). Self-efficacy and Neurocognition May be Related to Coping Responses in Recent-onset Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 343-352.

Wiersma, D., Nienhuis, F., Slooff, C., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, *24*, 75-85.

Yanos, P., Primavera, L., & Knight, E. (2001). Consumer-run Service Participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors. *Psychiatric Services*, *52*(4), 493-500.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103-126.