



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Catarina Maria Barreto dos Reis  
Yasmim Bruna da Silva

**QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM HISTÓRICO DE  
COMPORTAMENTO SUICIDA**

**LAGARTO  
2018**

Catarina Maria Barreto dos Reis

Yasmim Bruna da Silva

**Orientador (a):** Prof<sup>ª</sup> Erika Hiratuka Soares

**Co- orientador (a):** Karina Lisandra Senna da Silva

**Qualidade de Vida e Suporte Social de pessoas com histórico de comportamento suicida**

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe como pré- requisito para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

**LAGARTO**

**2018**

Catarina Maria Barreto dos Reis

Yasmim Bruna da Silva

**QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM HISTÓRICO DE  
COMPORTAMENTO SUICIDA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como cumprimento das exigências legais da Resolução 36/2011 CONEPE-UFS do currículo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE.

Lagarto/SE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Avaliadores:**

---

Prof. Erika Hiratuka Soares  
Orientador

---

Prof. Karina Lisandra Senna da Silva  
Co-orientador

---

Prof. Andrezza Marques Duque  
Membro da Banca Examinadora

---

Prof. Sandra Aiache Menta  
Membro da Banca Examinadora

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio está entre as três principais causas de óbito de pessoas com idade entre 15 a 44 anos. Observa-se que a presença de transtornos mentais ocorre na maioria dos casos, sendo eles importantes fatores de risco. Alguns fatores parecem ser protetivos em relação ao suicídio, como a religiosidade, o suporte familiar e a satisfação com a vida. Este estudo teve por objetivo avaliar o nível de satisfação com o suporte social recebido e a qualidade de vida de pessoas com histórico de comportamento suicida atendidas em grupo terapêutico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com recorte transversal, de caráter descritivo. Foram aplicados os questionários Escala de Satisfação com o Suporte Social e o WHOQOL BREF em 14 pessoas com transtorno mental, com histórico de comportamento suicida, participantes de um grupo terapêutico de um CAPS, em cidade de médio porte do interior de Sergipe. Observou-se que tanto a satisfação com o suporte social recebido como a qualidade de vida global apresentaram-se em um nível moderado. O suporte social relacionado às amizades teve a maior média e o quesito intimidade a menor. Na qualidade de vida, os domínios relações sociais e meio ambiente tiveram as maiores médias, enquanto os domínios psicológicos e físicos tiveram as menores pontuações. Acredita-se que os resultados deste estudo possam oferecer um maior conhecimento desta população, permitindo, desta forma, a proposição de ações mais efetivas para esta.

**Palavras-chave:** apoio social, qualidade de vida, transtornos mentais, suicídio.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization, suicide is among the three leading causes of death for people aged 15-44. The mental disorders are observed in most of cases and were an important risk factor. Some factors can be protective of suicide, such as religiosity, family support, and life satisfaction. The aim of this study was to evaluate the level of satisfaction with the receiving social support and the quality of life of people with suicidal behavior history attended in therapeutic group in Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). It is a quantitative research, with a cross-sectional, descriptive character. The Escala de Satisfação com o Suporte Social and the WHOQOL BREF questionnaires were applied to 14 people with mental disorders, with suicidal behavior who were participants of a CAPS therapeutic group in a medium-sized city in the interior of Sergipe. Both satisfaction with receiving social support and global quality of life presented at a moderate level. The social support related to the friendships had the highest average and the intimacy had the least. The social relations and environment domains from WHOQOL BREF had the highest averages, while the psychological and physical domains had the lowest scores. The results of this study can offer a greater knowledge of this population, promoting more effective actions for the

**Key-words:** mental disorders, quality of life, social support, suicide.

# **QUALIDADE DE VIDA E SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM HITÓRICO DE COMPORTAMENTO SUICIDA.**

## **QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT OF PEOPLE WITH SUICIDAL BEHAVIOR HISTORY.**

### **INTRODUÇÃO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o comportamento suicida refere-se a um contínuo de comportamentos relacionados ao ato suicida, sendo eles: ideação suicida, planejamento, tentativa e o suicídio em si. O suicídio é responsável anualmente por mais de 800.000 mortes. Não incluindo as tentativas de suicídio, que chegam a ser cerca de 10 a 20 vezes maiores que o suicídio em si (WHO, 2014).

Considerando a relevância dos números e a importância do tema para a saúde, a OMS inseriu, em 2013, a prevenção ao suicídio como uma das metas do Plano de Ação de Saúde Mental. A meta é reduzir a taxa de suicídio nos países em 10% até 2020 (WHO, 2014).

No Brasil, não há registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio. Em relação aos casos de suicídio, foram oficialmente registrados 8.639 suicídios em 2006, o que representa, em média, 24 mortes por dia. Já em 2012, foram registrados 11.821 casos de suicídios (BOTEGA et al, 2010; WHO, 2014).

Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a incidência do suicídio ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino, cerca de 79%, por se reportarem a atos mais violentos, sendo que as mulheres apresentam um maior número nas tentativas, cerca de 69%, do que no ato realmente concreto. Em relação à idade, observa-se que principalmente jovens de 15 a 35 anos e idosos acima de 65 anos que apresentam idealização suicida ou cometem o ato (BRASIL, 2017).

Segundo a OMS, fatores como barreiras no acesso aos sistemas de saúde, estigma social para o ato de procurar ajuda, estresse, traumas e abusos, falta de suporte social, relacionamentos conflituosos, presença de transtornos mentais, tentativas anteriores de suicídio, falta de esperança e histórico familiar de suicídio são alguns dos fatores de risco para o suicídio (WHO, 2014).

Observa-se que os transtornos mentais se encontram presentes na maioria dos casos, estando presente em cerca de 90 por cento dos casos de suicídio (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

De acordo com a ABP (2014), não se trata de afirmar que todo o suicídio estará associado ao transtorno mental, nem que toda pessoa acometida por um transtorno chegará a cometer o ato, mas constata-se que a doença mental é um importante fator de risco para o suicídio.

Já nos fatores de proteção estão inclusos a religiosidade e espiritualidade, a esperança, a satisfação com a vida, o bem-estar pessoal e o suporte social. Todos esses fatores estão relacionados a uma rede complexa de relações e emoções, sendo importantes fatores de prevenção ao suicídio (ABP, 2014, WHO, 2014).

O suporte social é tido como fator de indiscutível importância, tanto na saúde como na doença, ao funcionar como mecanismo de *coping (lidar)* ao atuar essencialmente na diminuição das situações de estresse (SANTOS et al, 2003).

Entende-se o suporte social como forma de relacionamento interpessoal, grupal e comunitário, que dá ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar bem-estar psicológico (CAMPOS, 2004).

Para Ribeiro (1999), o suporte social engloba aspectos objetivos do social, relacionados à quantidade de amigos, e aspectos subjetivos, enfocando na percepção que o próprio indivíduo tem da adequação do suporte social que dispõe, e da satisfação com a dimensão da sua vida social.

Vários estudos enfatizam que a percepção satisfatória do suporte social nos indivíduos tem resultados positivos na saúde e na prevenção da doença, bem como na qualidade de vida.

A qualidade de vida é outro constructo recente, constituindo-se uma área de estudo em expansão em vários domínios das ciências sociais e humanas (LOPES, 2011).

Segundo Minayo et al (2000, p. 8):

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Implica na capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Baseado nesse contexto, a qualidade de vida é de conceito mutável e relativo para cada pessoa e para sociedade em que vive. Podem apresentar diversas modificações decorrentes de momentos e situações da vida, como momentos de luto por perda de familiares, amigos, conhecidos; brigas; doenças e rupturas de laços afetivos (ANDRADE et al, 2003).

Diante do exposto, pode-se sugerir que um nível satisfatório de suporte social e uma boa avaliação de sua qualidade de vida, podem ser protetivos ao indivíduo, especialmente, considerando aqueles que possuem transtornos mentais e comportamentos suicidas.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi identificar o nível de satisfação com o suporte social recebido e a qualidade de vida de pessoas com histórico de comportamento suicida atendidas em grupo terapêutico de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

## **METODOLOGIA**

### **Desenho do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com recorte transversal, de caráter descritivo.

### **Local e Participantes**

A coleta dos dados foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em cidade de médio porte do interior de Sergipe, no período de outubro a novembro de 2017

Foram participantes do estudo 14 usuários de um serviço de saúde mental (P1 a P14), adultos, com idade acima de 30 anos, de ambos os sexos, com transtornos mentais diagnosticados por meio de avaliação psiquiátrica, todos tendo apresentado, em algum momento, comportamento suicida desde a idealização a tentativas.

### **Procedimentos Éticos:**

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, o presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Sergipe, segundo os termos da Resolução 466/12, com o número do parecer: 2.412.473.

Os usuários participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE).

## **Instrumentos**

- A. **Ficha de identificação dos participantes:** contendo dados gerais de identificação, como nome, data de nascimento, CID, procedência, nível de escolaridade, situação familiar, estado civil, renda, data de inclusão no serviço, uso de medicamentos, outros tratamentos.
- B. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB):** questionário, construído pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, classifica o entrevistado em um determinado extrato socioeconômico (A, B1, B2, C1, C2, D-E), a partir de questões que indicam seu poder de consumo, nível de instrução do chefe de família e condições do local do domicílio (ABEP, 2016).
- C. **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):** composta de 15 itens na sua versão final, de autopreenchimento, onde são avaliados: satisfação com amigos; satisfação com a família; atividades sociais e intimidade. O instrumento não apresenta uma escala classificatória. O valor máximo a ser atingido é de 75 pontos, considerando que quanto maior a pontuação, maior a satisfação com o suporte social o indivíduo possui. (RIBEIRO, 2011).
- D. **WHOQOL BREF:** composto por 26 itens, avaliando a qualidade de vida em aspectos gerais, como saúde e qualidade de vida e por domínios específicos, como: físico, psicológico, relações sociais e ambientais (WHO, 1996). De acordo com o instrumento, quanto maior o escore, maior a qualidade de vida percebida pelo indivíduo. A média global considera a pontuação total das respostas do indivíduo, podendo obter uma pontuação máxima total de 130. Os aspectos de percepção de saúde e qualidade de vida (questão 1 e 2), foram apresentados considerando a pontuação possível de ser atingida em cada uma de suas respostas, ou seja, de 1 a 5, sendo que quanto mais próximo de 5, melhor a percepção do indivíduo sobre estes

dois aspectos. Os domínios levam em consideração um grupo de questões relativas àquele tema. Seus escores brutos são convertidos a uma escala de 0-100, conforme instruções presentes no manual do instrumento, e sua interpretação é realizada considerando que quanto mais próximo de 100, melhor é a qualidade de vida do indivíduo.

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

Durante a coleta de dados, solicitamos autorização à Secretaria de Saúde do município de Socorro- SE para a realização da pesquisa no serviço de saúde onde estavam vinculados os participantes, seguido do envio do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa, com aprovação de ambos. Solicitamos também autorização da coordenação da instituição do serviço para o início da coleta de dados, assim como da técnica responsável pelo grupo em que os participantes estavam inseridos. Mediante a autorização, foi agendada uma data para as pesquisadoras explicarem ao grupo os objetivos do estudo e convidarem seus integrantes para participação. No mesmo dia foram entregues os TCLEs e em seguida foram iniciadas as coletas. Na sequência, os participantes que consentiram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE, foram levados para uma sala reservada, onde responderam os questionários solicitados. Cada entrevista durou cerca de 30 a 40 minutos, durante o período de outubro e novembro de 2017.

### **Análise de Dados**

Todos os dados foram tabulados nas planilhas do programa Microsoft Office Excel, versão 2007. O nível de satisfação com o suporte social e a qualidade de vida avaliados pelos instrumentos foram caracterizados pelo procedimento de estatística descritiva (médias e desvio padrão).

Foi obtida a estatística descritiva utilizando o escore gerado pelas respostas dos participantes em cada instrumento.

Para interpretação desses resultados, foi realizada a divisão por domínios sugeridos em cada instrumento e a interpretação dos resultados considerou as orientações dos manuais de cada instrumento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e a discussão serão apresentados considerando três aspectos: características sociodemográficas e clínicas, suporte social e qualidade de vida dos participantes.

### **Características sociodemográficas e clínicas**

Na Tabela 1, pode-se observar predominância de participantes do sexo feminino (90%) e apenas um do sexo masculino (10%), com média de idade de 53,57 anos e desvio padrão de 6,34. Quanto ao estado civil, 36% dos participantes estavam casados no momento do estudo, estando 43% solteiros e 14% divorciados. Em relação à situação familiar, 43% moravam sozinhos e 57% viviam com a família.

Cerca de 71% dos participantes estavam desempregados, porém recebiam benefícios. Com relação à escolaridade, o maior número de participantes, 43%, tinham o ensino fundamental incompleto e 29% eram analfabetos. Ressalta-se que 57% dos participantes apresentavam a renda familiar em torno de um salário mínimo. Em relação ao nível socioeconômico, segundo o CCEB, todos os participantes se encontravam entre as classes C, D-E, sendo que 28% estavam na classe C e 71% na classe D-E.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos participantes, 2017.

| Características Sociodemográficas | N         | %           |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Gênero</b>                     |           |             |
| Masculino                         | 1         | 10%         |
| Feminino                          | 13        | 90%         |
| <b>Idade (em anos)</b>            |           |             |
| Média                             | 53,57     |             |
| Desvio Padrão                     | 6,34      |             |
| <b>Estado Civil</b>               |           |             |
| Solteiro                          | 6         | 43%         |
| Casado                            | 5         | 36%         |
| Divorciado                        | 2         | 14%         |
| União Estável                     | 0         | 0%          |
| Outros                            | 1         | 7%          |
| <b>Situação Familiar</b>          |           |             |
| Moram Sozinho                     | 6         | 43%         |
| Moram com a Família               | 8         | 57%         |
| <b>Escolaridade</b>               |           |             |
| Analfabeto                        | 4         | 29%         |
| Fundamental Incompleto            | 6         | 43%         |
| Ensino Medio Completo             | 1         | 7%          |
| Ensino Medio Incompleto           | 1         | 7%          |
| Fundamental Completo              | 2         | 14%         |
| <b>Trabalho</b>                   |           |             |
| Aposentado                        | 4         | 29%         |
| Desempregado                      | 10        | 71%         |
| <b>Renda</b>                      |           |             |
| Sálario Mínimo                    | 8         | 57%         |
| > Sálario Mínimo                  | 2         | 14%         |
| < Sálario Mínimo                  | 1         | 7%          |
| Não Soube Informar                | 3         | 21%         |
| <b>CCEB<sup>1</sup></b>           |           |             |
| C1                                | 2         | 14%         |
| C2                                | 2         | 14%         |
| D-E                               | 10        | 71%         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>14</b> | <b>100%</b> |

Nota: <sup>1</sup>CCEB- Critério de Classificação Econômico Brasil.

Observando a Tabela 2, identificava-se que todos os participantes faziam uso de medicamentos psicotrópicos de variados tipos. Verificava-se também que 50% dos participantes realizavam outros tipos de tratamento além dos realizados no CAPS e outros 50% faziam uso apenas deste serviço, tendo recebido este acompanhamento por no mínimo 48 meses, a partir da data de admissão no serviço.

Quanto aos diagnósticos, observava-se diferentes transtornos entre os participantes. Ressalta-se que alguns deles apresentavam dois ou mais transtornos associados, com isso foram consideradas as comorbidades de todos os participantes sendo os diagnósticos acumulativos. Verificava-se uma porcentagem alta em relação aos Transtornos Depressivos,

64%, em seguida apresentavam-se os Transtornos de Ansiedade (21%), Espectro da Esquizofrenia (21%) e outros transtornos psicóticos.

Tabela 2- Características clínicas dos participantes entrevistados, 2017.

| <b>Características Clínicas</b>                            | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| <b>Tempo em Tratamento para Transtorno (em anos)</b>       | 3 - 20    | -           |
| <b>Tempo em tratamento no CAPS (em anos)</b>               | 4 - 12    | -           |
| <b>Realiza outros tratamentos fora o CAPS</b>              |           |             |
| Sim  | 7         | 50%         |
| Não  | 7         | 50%         |
| <b>Medicamentos Psicotrópicos</b>                          |           |             |
| Sim  | 14        | 100%        |
| Não  | 0         | 0%          |
| <b>Diagnosticos dos Transtornos Mentais <sup>1</sup> *</b> |           |             |
| Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos  | 3         | 21%         |
| Transtornos Bipolar e Transtornos Relacionados             | 2         | 14%         |
| Transtornos Depressivos                                    | 9         | 64%         |
| Transtornos de Ansiedade                                   | 3         | 21%         |
| Transtornos Dissociativos                                  | 1         | 7%          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>14</b> | <b>100%</b> |

Nota: <sup>1</sup> Classificação conforme o DSM V.

\*Essa variável é acumulativa, portanto, alguns participantes apresentam mais de um transtorno.

Observava-se uma predominância do sexo feminino no grupo de entrevistados (90%). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), há uma predisposição para um maior número de tentativas de suicídio, do que o ato realmente concreto, relacionadas ao sexo feminino e uma maior incidência do suicídio em si em indivíduos do sexo masculino, devido aos homens praticarem atos mais violentos que as mulheres.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), o suicídio ou a idealização acomete principalmente jovens de 15 a 35 anos e idosos acima de 65 anos. Apesar disso, nosso estudo indicou uma média de idade de 53,57 anos entre os entrevistados.

Deve-se ressaltar que todos os participantes possuíam transtorno mental diagnosticado, sendo que estes, em sua maioria, já possuíam históricos de transtornos mentais há no mínimo 48 meses, considerando a data de admissão no serviço de saúde mental.

Estudos demonstram que os transtornos mentais estão presentes em cerca de 90% daqueles que apresentam comportamento suicida. Estes problemas de nível psíquico como ansiedade, transtorno de humor, depressão, transtornos afetivos, estresse e frustração influenciam esse tipo de situação e comportamento, agravando-o de certo modo. Dentre os

transtornos citados, o que se destaca atualmente é o Transtorno Depressivo, classificado como um fator de alto risco para o suicídio. (ABREU et al, 2010)

Em uma revisão sistemática realizada por Bertolote e Fleischmann (2002), identificou-se que os transtornos mais comumente associados ao suicídio são os transtornos de humor, a esquizofrenia, os transtornos de personalidade e os transtornos por uso de substância. Quando há comorbidade destas condições como, por exemplo, entre depressão e alcoolismo, observa-se que a situação de risco é aumentada.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2014) a em estudo científico mostrando a incidência dos casos de suicídio relacionados aos transtornos mentais, mostrou que cerca de 35,8% dos casos apresentava transtorno de humor; 22,4% transtorno de substância psicoativa, 10,6% esquizofrenia; 11,6% transtorno de personalidade; 6,1% transtorno de ansiedade e 0,3% outros transtornos psicóticos.

Foi possível observar que a maioria dos participantes deste estudo encontra-se em níveis mais baixos socioeconômicos, estando 71% entre as classes D e E.

Estudos indicam uma correlação significativa entre tentativas de suicídio e baixas condições socioeconômicos (GALVIS et al, 2011).

Segundo estudos de Lovisi et al (2009), as características demográficas que mais prevaleceram com indivíduos que cometeram suicídio no período da sua pesquisa incluiu baixo nível de escolaridade. Outros estudos apontavam que baixo nível educacional, pobreza e desemprego são fatores de alto risco associados ao suicídio (WHITLEY et al, 1999).

## **Suporte Social**

Segundo Sipal e Sayin (2013, p. 1.109), o “suporte social pode ser definido como o conteúdo qualitativo, assim como o grau em que as relações fornecem suporte emocional e ou instrumental aos indivíduos”.

Vale ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo verifica a satisfação com o suporte social recebido pelos participantes. Desta forma, baixas pontuações não significam, necessariamente, que o indivíduo tenha um suporte social frágil, mas que sua percepção a respeito do suporte social recebido é de que este não lhe é satisfatório.

Na Tabela 3, pode-se verificar a satisfação com o suporte social dos participantes, sendo a maior pontuação identificada de 60 pontos e a menor de 19 pontos, obtendo-se uma média de 38,57 pontos e um desvio padrão de 12,35.

Tabela 3- Satisfação de suporte social por participante.

| <b>Escala de Satisfação com o Suporte Social- TOTAL</b> |              |
|---|--------------|
| <b>P1</b>   | <b>47</b>    |
| <b>P2</b>   | <b>60</b>    |
| <b>P3</b>   | <b>27</b>    |
| <b>P4</b>   | <b>43</b>    |
| <b>P5</b>   | <b>60</b>    |
| <b>P6</b>   | <b>33</b>    |
| <b>P7</b>   | <b>19</b>    |
| <b>P8</b>   | <b>41</b>    |
| <b>P9</b>   | <b>35</b>    |
| <b>P10</b>  | <b>39</b>    |
| <b>P11</b>  | <b>19</b>    |
| <b>P12</b>  | <b>38</b>    |
| <b>P13</b>  | <b>36</b>    |
| <b>P14</b>  | <b>43</b>    |
| <b>MÉDIA</b>  | <b>38,57</b> |
| <b>DESV. PADRÃO</b>                                     | <b>12,35</b> |

Nota: P= participantes.

Embora o instrumento não apresente uma escala ou classificação por níveis de satisfação de suporte social, pode-se considerar que estes participantes possuíam um nível moderado de satisfação, com média de 38,57 pontos.

Na Tabela 4, observava-se a média entre os participantes que moravam sozinhos e os que moravam com familiares e seus respectivos desvios padrão. Analisando que os que moram sozinhos possuem média de 34,2 pontos e os que moram com familiares possuem média de 41 pontos, com o desvio padrão de 11,45 e 12,8, respectivamente.

Tabela 4-Satisfação do suporte social por situação familiar (moram sozinhos ou com familiares).

|                           | <b>MÉDIA</b> | <b>DESV. PADRÃO</b> |
|---------------------------|--------------|---------------------|
| <b>ESSS- TOTAL</b>        | <b>38,57</b> | <b>12,35</b>        |
| <b>MORAM SOZINHOS</b>     | <b>34,2</b>  | <b>11,45</b>        |
| <b>MORAM ACOMPANHADOS</b> | <b>41</b>    | <b>12,8</b>         |

Nota: <sup>1</sup>ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Embora o estudo não tenha por objetivo identificar se há relação entre estas duas variáveis, pode-se sugerir que os participantes que residem com familiares, provavelmente tenham uma maior satisfação com o suporte social recebido.

Na tabela 5, observava-se a média e o desvio padrão dos participantes por domínios divididos, de acordo com o instrumento, da seguinte maneira: satisfação com amigos (SA), intimidade (IN), satisfação com a família (SF) e atividades sociais (AS).

Tabela 5- Satisfação com o suporte social por domínios.

|                           | <b>MÉDIA</b> | <b>DESV. PADRÃO</b> |
|---------------------------|--------------|---------------------|
| <b>Sat. Amigos (SA)</b>   | 3,18         | 0,83                |
| <b>Intimidade (IN)</b>    | 1,73         | 0,73                |
| <b>Sat. Família (SF)</b>  | 2,47         | 0,22                |
| <b>Ativ. Sociais (AS)</b> | 2,76         | 1,79                |

Considerando que a pontuação máxima de cada resposta é 5, podemos observar que o nível de satisfação com as amizades apresentou maior pontuação com média de 3,18. Já na satisfação no domínio intimidade, observava-se a menor pontuação, com 1,73. Na satisfação com a família e atividades sociais, ambos apareceram de forma mediana, pontuando 2,47 e 2,76 respectivamente.

Observava-se que as pontuações nos domínios de satisfação com a família, atividades sociais e satisfação com os amigos davam indicativo de um nível de satisfação moderado nestes três aspectos. Verificava-se que 57% dos participantes residiam com os familiares. Além disso, todos estavam vinculados a serviços de tratamento de apoio psicossocial, que podem colaborar na percepção do suporte social recebido no domínio atividade social e na satisfação com os amigos. É possível que este serviço seja o principal núcleo de socialização desses entrevistados, proporcionando relações de companheirismo entre eles.

Segundo estudos de Andrade et al (2002), os serviços de saúde proporcionam uma espécie de ajuda mútua, servindo como rede de suporte social, principalmente quando trabalhado de forma integrada. Ressalta também que esse apoio social, fornecido pelas redes

de saúde, agregam aspectos positivos como: compartilhamento de informações, socialização, suporte em situações problemas, aumento da confiança pessoal e satisfação com a vida.

A ausência de suporte familiar e social tem sido considerada um indicador clínico presente constantemente no público com o comportamento suicida (SILVA; COSTA, 2010).

A OMS (2006) caracteriza a família como um fator de proteção, que pode influenciar positivamente para a prevenção da idealização suicida. Porém, estudos apontam que, na presença de transtornos mentais, esta relação com os familiares pode ser dificultada, considerando desde o processo de aceitação do transtorno aos cuidados no dia a dia.

A rotina dos familiares que possuem o papel de cuidar de pessoas com transtornos mentais passa por uma mudança significativa, devido à exigência do aumento de atenção e disponibilidade para o indivíduo acometido. Todo esse procedimento traz uma sobrecarga de responsabilidade familiar, situações de preconceito e discriminação, pois a adaptação desse processo de adoecimento é impactante tanto para o sujeito, quanto para os familiares. Estudos evidenciam o quanto é delicado habituar-se a essa realidade, o qual se faz necessário o apoio das redes de serviços de saúde, para que disponibilizem orientações e suporte para enfrentar tais demandas (BESSA et al, 2013).

Embora os participantes apresentem um nível de satisfação moderado com amigos e com os familiares, observava-se uma pontuação baixa no domínio relacionado à satisfação com a intimidade (1,73). Foram avaliados questionamentos como “por muitas vezes sinto-me só no mundo e sem apoio”; “às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”; “quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer”, onde boa parte das respostas foi negativa para a maioria dos participantes.

Este é um achado relevante, considerando que se trata de um público que, além de apresentar o transtorno mental, já apresentou ou apresenta algum comportamento suicida.

Para Campos (2004), o principal efeito do suporte social familiar ocorre quando o indivíduo identifica esse apoio como satisfatório, sentindo-se valorizado, compreendido e acolhido. Desta forma, pode-se sugerir que a presença de familiares não necessariamente implica em um nível completamente satisfatório de suporte, pois este implica na capacidade desta rede em garantir um real apoio ao indivíduo, cumprindo funções não só de cuidado, mas também por meio de trocas de atitudes emocionais que sejam positivas, além de possibilitar um espaço de compreensão e empatia, funções estas que segundo Esteves (2011) fariam parte da dimensão funcional das redes de suporte social.

Este tipo de apoio não necessariamente é oferecido apenas pela família. Os amigos tendem a ser uma fonte recorrente e os serviços de atenção também podem oferecer este tipo de suporte.

Segundo Silva e Costa (2010), para uma intervenção efetiva é essencial que se promova uma escuta diferenciada e que se possibilite uma rede social significativa, incluindo os serviços psiquiátricos às pessoas que desejam ou cometem atos suicidas. Para as autoras, a rede social significativa diz respeito a “um emaranhado de pessoas que apresentam vínculos de solidariedade e afetividade, promovendo um tecido fortalecedor social”.

Dessa forma, as intervenções podem contribuir positivamente no suporte social percebido dos indivíduos, servindo também como estratégia de prevenção para comportamento suicida.

## **Qualidade de Vida**

A idealização suicida é uma resultante complexa da integração entre fatores biológicos, psicológicos, genéticos, sociais, ambientais e culturais, ou seja, fatores interligados na construção da qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma, o grande desafio de se prevenir o suicídio é identificar alterações de comportamento dentre esses fatores, que tornam o indivíduo vulnerável (WHO, 2014).

A qualidade de vida é um conjunto de bons atributos para a sensação de bem-estar, seja com a família, trabalho, amigos ou nas programações que envolvem lazer, podendo apresentar diferentes percepções relativas ao termo, tornando-se amplamente singular para cada indivíduo, de acordo com cada situação (ANDRADE et al, 2003).

É possível verificar, na Tabela 5, as pontuações dos participantes coletadas por meio do instrumento WHOQOL, considerando o resultado global e por domínios. O resultado mais próximo de 100 indica melhor qualidade de vida, exceto nos domínios de satisfação com a qualidade de vida e saúde com pontuação máxima de 5.

O resultado global indicavam uma média de 64,07 e desvio padrão de 10,46. A partir dos resultados, observava-se a média do domínio social maior que os demais, 47,35. Os domínios físicos, psicológicos e de meio ambiente apresentaram uma média de 32,21; 34,42 e 38,5 respectivamente. Em relação à satisfação com a qualidade de vida e saúde, os participantes obtiveram média de 2,07 e 2 respectivamente.

**Tabela 5-** Qualidade de Vida Global e por domínios do WHOQOL BREF.

| <b>DOMÍNIO</b>      | <b>MÉDIA</b> | <b>DESVIO PADRÃO</b> |
|---------------------|--------------|----------------------|
| GLOBAL              | <b>64,07</b> | <b>10,46</b>         |
| DOMÍNIO FÍSICO      | <b>32,21</b> | <b>8,52</b>          |
| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | <b>34,42</b> | <b>20,27</b>         |
| RELAÇÕES SOCIAIS    | <b>47,35</b> | <b>23,43</b>         |
| MEIO AMBIENTE       | <b>38,5</b>  | <b>13,21</b>         |
| QUALIDADE DE VIDA   | <b>2,07</b>  | <b>0,73</b>          |
| SAÚDE               | <b>2</b>     | <b>0,96</b>          |

Na avaliação da qualidade de vida global dos entrevistados, alcançamos uma média de 64,07. Para chegarmos a essa representação numérica, foram utilizadas perguntas como “o quão satisfeito você está com a sua saúde?”, “como você avalia sua qualidade de vida?”, observando, dessa forma, um nível moderado de qualidade de vida entre os participantes do estudo.

O domínio de “relações sociais” obteve a maior média, 47,35, ainda que não possa ser considerado um nível alto neste domínio. Este item refere-se ao suporte social recebido e à atividade sexual. Seu resultado é muito aproximado com o encontrado no nível de satisfação com o suporte social. Verificando as respostas individualmente, observa-se uma melhor pontuação no item que se refere às amizades.

O domínio físico teve a menor pontuação, no valor de 32,21, com desvio padrão de 8,52, podendo ser considerado baixo. Isto pode ter relação com dificuldades inerentes a presença do transtorno mental, assim como ao uso medicamentos, considerando que as perguntas do instrumento giram em torno de temas como energia, sono, mobilidade, atividades cotidianas, medicações e capacidade de trabalho.

Verifica-se que todos os participantes faziam uso de medicamentos psicotrópicos e são reconhecidos seus vários efeitos colaterais que variam a depender de seu tipo. De forma geral, alterações de sono, efeitos extrapiramidais (bradicinesia, tremor, rigidez muscular), diminuição de libido e alterações no desempenho psicomotor, são alguns efeitos possíveis a serem apresentados no uso destas medicações (MORENO et al, 2011; ELKIS; LOUZÃ NETO, 2011; LAFER; NERY; BRIETSKE, 2011). Estes efeitos podem prejudicar o desempenho do indivíduo na realização de suas atividades diárias e de trabalho e podem ter relação com as percepções neste domínio.

Observava-se também uma predominância do sexo feminino no público da pesquisa. Já que estudos apontam que as mulheres estão mais expostas do que os homens a problemas físicos e mentais (JAKOBSSON et al, 2004).

Outro aspecto que pode ser pontuado, tem relação com a avaliação dos participantes de sua capacidade para o trabalho. Verifica-se que 64% dos participantes designam-se desempregados e os outros 36% estão aposentados. Considerando a média de idade dos participantes, é possível que alguns destes tenham se aposentado por motivos de saúde.

Não é nova a discussão do papel do trabalho na inclusão social das pessoas com transtorno mental. A vinculação com o trabalho reflete em muitos aspectos da vida do indivíduo, como na cidadania e em seu senso de pertencimento social, dois pontos que podem interferir na forma como as pessoas percebem a qualidade de suas vidas. Este dado nos remete a pensar que é papel dos serviços de atenção psicossocial promover a inclusão social do indivíduo com transtorno mental, como parte da proposta da Reabilitação Psicossocial (LEÃO; BARROS, 2011).

O domínio psicológico foi um dos domínios que apresentou a média mais baixa neste grupo. Este domínio refere-se a aspectos cognitivos, imagem corporal, sentimentos, espiritualidade e religião.

Estudos comprovam que a espiritualidade e a religião são fatores de proteção quando envolvem processos de adoecimento mental. A fé é um meio de suporte emocional em que muitos se beneficiam para aliviar as sobrecargas e os pensamentos ruins que são consequências desses transtornos. A busca pelos pensamentos positivos para conseguirem se adaptar as tais problemáticas, por meio da espiritualidade de forma gradual, gera maior fortalecimento e compreensão das condições atuais em que vivem, buscando assim resolver os questionamentos, dúvidas e angústias sofridas nesse processo de adoecimento, minimizando as ideias suicidas (RASIC et al, 2009).

Analisando a espiritualidade como fator de proteção, não se pode confirmar que esta apresenta-se em nível baixo na vida dos indivíduos participantes, pois, como citado anteriormente, outros fatores também podem ter influenciado para a média baixa do domínio psicológico.

Outra dimensão a ser considerada deve ser o meio ambiente em que esses participantes estão inseridos, mediante ao quão seguro se sentem no cotidiano em que vivem; a disponibilidade do acesso à saúde, meio de transporte e condições do local onde moram,

uma vez que o domínio ambiental foi o que apresentou a segunda maior influência na qualidade de vida global.

A lei de número 10.216 garante aos portadores de transtorno mental acesso ao melhor serviço e tratamento no sistema de saúde e protege contra qualquer forma de abuso e exploração, garantindo tratamentos preferenciais nos serviços de saúde gerais (BRASIL, 2004). A percepção dos participantes quanto à disponibilidade ao acesso a saúde mostrou-se positiva no período da pesquisa, tendo a maioria respondido como “satisfeito” na questão referente a este tema.

Nesse sentido, as intervenções devem visar o propósito de melhorar ainda mais os níveis dos domínios abordados, principalmente o domínio físico e psicológico do público estudado. Com isso, espera-se uma melhor percepção de qualidade de vida e saúde dos usuários desse serviço.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu uma maior compreensão e conhecimento sobre o perfil dos usuários atendidos no grupo terapêutico do CAPS que apresentam histórico de comportamento suicida.

Foi possível identificar alguns fatores de risco relacionados ao comportamento suicida nos participantes do estudo, como nível de escolaridade e nível socioeconômicos baixos, presença de transtorno mental e níveis não totalmente satisfatórios de suporte social e qualidade de vida.

De forma global, este estudo permite refletir sobre a importância das redes de suporte, sejam eles familiares ou provindos de outras fontes, como amigos e serviços de atenção a este público.

A renda financeira também se torna bastante relevante já que, quando satisfatória, permite maiores meios e dispositivos para que haja mais lazer e menos estressores na vida dos usuários.

Embora o objetivo do presente estudo não tenha sido relacionar o comportamento suicida com estes constructos, suporte social e qualidade de vida, ter um panorama da realidade destas pessoas nestes importantes aspectos da vida possibilitou uma maior compreensão deste público, podendo instrumentalizar os profissionais que os atendem para um melhor planejamento das intervenções.

Intervenções que promovam maior acolhimento, vinculação dos usuários com as redes de suporte, ensino de estratégias de enfrentamento e ações que os vinculem a atividades sociais, de lazer e de geração de renda, podem colaborar no processo de tratamento destes usuários.

Acredita-se que este estudo tenha permitido um melhor conhecimento do perfil das pessoas com comportamento suicida, para que seja possível pensar em estratégias e ações mais efetivas de atenção a este público, propiciando melhores condições de saúde, suporte social e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2016. 6p.

ABREU, K. P.; LIMA, M. A. D. S. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventiva. **Rev. Eletr. enf.**, 2010.

ANDRADE, G. & VAISTMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, R. et al. **Atuação dos Neurotransmissores na Depressão**. Gama- DF, 2003.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARROS, L. P. **Relações entre Qualidade de Vida e Ideação Suicida em adolescentes**. 2013. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2013.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, 1, 181-185, 2002.

BESSA, J., WAIDMAN, M. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enfer**, Florianópolis Jan./Mar, 2013.

BOTEGA, N., J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**. Campinas, São Paulo, v. 25, p. 231-236, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª Ed. Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

CAMPOS, E. Suporte social e família. In: MELLO-FILHO, J. **Doenças e Família**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 141-161 p.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20 (2), 229- 237, 2007.

Associação americana de Psiquiatria, APA, DSM V- Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. Ed. Ver. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ELKIS, H.; LOUZÃ NETO, M. R. Psicofarmacologia em Psiquiatria: Antipsicóticos. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1176-1190.

ESTEVES, M. T. **Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave**. Lisboa, 2011.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I. R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Qual Life Res.**; 13 (1), 125-36, 2004.

LAFER, B.; NERY, F. G.; BRIETZKE, E. Estabilizadores de Humor. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1191-1207.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção as possibilidades de inclusão social. **Revista Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LOPES, L. M. S. **A Satisfação do Suporte Social e a Qualidade de Vida nos Doentes de Internamento da Unidade Hospitalar de Bragança**. 2011. Mestrado em educação para a saúde- Faculdade de Medicina; Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Universidade do Porto, 2011.

LOVISI, G. M; SANTOS, S. A; et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Bras Psiquiatr**, 2009.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z.; BUSS, P. Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (1), p.7-18, 2000.

MORENO et al. Psicofarmacologia em Psiquiatria: Antidepressivos. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1158-1175.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do Suicídio: Um Recurso para Conselheiros**, Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006.

PEREIRA, R. J, COTTA, R. M. M, FRANCESCHINI, S. C. C, *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr. RS**, 2006.

RASIC, D., T., BELIK, S. L., ELIAS, B., KATZ, L. Y., Enns, M., Sareen, J., & Team, S. C. S. P. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. **Journal of affective disorders**, 114(1), p. 32-40, 2009

RIBEIRO, J. P. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Análise Psicológica**, 1999, 17 (3), 547-558 p.

RIBEIRO, J. L. P. **Escala de satisfação com o Suporte Social**. Lisboa: Placebo, Editora LDA., 2011, 22p.

SANTOS, C., RIBEIRO, J. P; LOPES, C. Estudo de adaptação da escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com o diagnóstico de doença oncológica. **Psicologia, Saúde & Doença**, 2003, 185-204 p.

SILVA, M., N., R., M., O.; COSTA, I., I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, p. 19-29, 2010.

SIPAL, R. F.; SAYIN, U. Impact of perceived social support and depression on the parental attitudes of mothers of children who are deaf. **Child Fam Stud**. v. 22, p.1103–1111, 2013.

WHITLEY, E.; GUNNELL, D.; DORLING, D.; SMITH, G. D. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. **BMJ**, v. 319, 16 october 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO Press, World Health Organization, 2014. 89p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Programme on Mental Health. **WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment**. Geneva, 1996, 18p.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Nome:                 |  | CID:                                       |  |
| Endereço:             |  | Data de Nascimento:                        |  |
| Naturalidade:         |  | Gênero:                                    |  |
| Estado Civil:         |  | Data de admissão no CAPS:                  |  |
| Trabalho:             |  | Renda:                                     |  |
| Mora com quem:        |  | Desde quando faz algum tipo de tratamento: |  |
| Tratamentos atuais:   |  | Medicamentos:                              |  |
| Nível de Escolaridade |  |  |  |

# ANEXOS

ANEXO 1

WHOQOL – BREF (WHO, 1996)

# WHOQOL – BREF



PROGRAMME ON MENTAL HEALTH  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

|   |   |                    |              |                                 |            |                  |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
|   |   | muito ruim         | Ruim         | nem ruim nem boa                | boa        | muito boa        |
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida?    | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
|   |   | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

|   |   |      |             |               |          |              |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| As questões seguintes são sobre <b>o quanto</b> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. |   |      |             |               |          |              |
|   |   | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | extremamente |
| 3   | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 4   | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?          | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 5   | O quanto você aproveita a vida?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 6   | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?                                   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 7   | O quanto você consegue se concentrar?   | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 8   | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?                                      | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |
| 9   | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?          | 1    | 2           | 3             | 4        | 5            |

|  |
|--|
| As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer |
|--|

| certas coisas nestas últimas duas semanas. |   |      |             |       |       |               |
|--|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
|  |   | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
| 10   | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?                               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 11   | Você é capaz de aceitar sua aparência física?                                 | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 12   | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?               | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 13   | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |
| 14   | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?                   | 1    | 2           | 3     | 4     | 5             |

| As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. |  |                    |              |                                 |            |                  |
|--|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
|  |  | muito ruim         | ruim         | nem ruim nem bom                | bom        | muito bom        |
| 15   | Quão bem você é capaz de se locomover?   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
|  |  | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
| 16   | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?   | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 17   | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 18   | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?                               | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |
| 19   | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?  | 1                  | 2            | 3                               | 4          | 5                |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

|    |   | nunca | Algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1     | 2             | 3              | 4                    | 5      |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

## ANEXO 2

### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (RIBEIRO, 2011)

#### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

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                   |

### ANEXO 3

#### CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (ABEP, 2016)

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

| ITENS DE CONFORTO   | QUANTIDADE QUE POSSUI |   |   |   |    |
|---|-----------------------|---|---|---|----|
|   | NÃO POSSUI            | 1 | 2 | 3 | 4+ |
| Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular  |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana                                       |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho  |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de banheiros   |                       |   |   |   |    |
| DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel   |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de geladeiras  |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex   |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de lavadora de louças  |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de fornos de micro-ondas   |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional  |                       |   |   |   |    |
| Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca  |                       |   |   |   |    |

| A água utilizada neste domicílio é proveniente de? |                            |
|--|----------------------------|
| 1  | Rede geral de distribuição |
| 2  | Poço ou nascente           |
| 3  | Outro meio                 |

| Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: |                       |
|--|-----------------------|
| 1  | Asfaltada/Pavimentada |
| 2  | Terra/Cascalho        |

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

| Nomenclatura atual                                 | Nomenclatura anterior                 |
|--|---------------------------------------|
| Analfabeto / Fundamental I incompleto              | Analfabeto/Primário Incompleto        |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | Primário Completo/Ginásio Incompleto  |
| Fundamental completo/Médio incompleto              | Ginásio Completo/Colegial Incompleto  |
| Médio completo/Superior incompleto                 | Colegial Completo/Superior Incompleto |
| Superior completo                                  | Superior Completo                     |