

IMPACTO DO SUPORTE SOCIAL E DOS ESTILOS DE *COPING* SOBRE A PERCEÇÃO SUBJECTIVA DE BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM LÚPUS

(2005)

Catarina de Sousa Certal Martins

Licenciada em Psicologia pela Universidade do Minho (Portugal). Formadora. Experiência profissional na qualidade de mediadora e formadora de "Cidadania e Empregabilidade", em cursos EFA. Aluna da pós-graduação em "Concepção, Gestão e Avaliação de Projectos em Parceria" pela Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Ciências Sociais.

Contacto:

catarinacertal@hotmail.com

RESUMO

A percepção subjectiva de bem-estar pessoal e qualidade de vida dos doentes com lúpus, além de ser condicionada pelo peso físico da doença e da sua potencial gravidade é, também, susceptível de ser altamente influenciada por variáveis psicossociais como as estratégias de coping e o suporte social. O objectivo da presente investigação é analisar o impacto do suporte social e estratégias de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida dos doentes com lúpus. Por outro lado é, também, objectivo desta investigação, a identificação das principais estratégias de coping vivenciadas pelos doentes com lúpus. Foi avaliada uma amostra de conveniência de 88 sujeitos com lúpus, dos quais 95,5% do sexo feminino e 4,5% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 16 e os 73 anos (M= 44,7 anos; DP= 14,38).

Os resultados sugerem que os doentes provenientes do meio urbano utilizam mais estratégias de coping orientadas para a tarefa, percepcionando-se, também, como tendo uma qualidade de vida física, ambiental e global superior aos doentes com lúpus provenientes do meio rural. De uma forma geral, os resultados são consistentes no que se refere ao efeito protector do suporte social, verificando-se que o grau de satisfação com o suporte social tem um papel crucial na percepção de qualidade de vida.

Verificou-se, ainda, uma forte relação positiva entre a percepção de qualidade de vida global e as estratégias de coping orientadas para a tarefa e para a diversão, constatando-se, no entanto, que a utilização de estratégias de coping orientadas para a emoção pressupõem uma menor qualidade de vida global para os doentes com lúpus. De um modo geral, os mecanismos

de coping activos aparecem associados entre si e relacionados com o aumento da percepção de qualidade de vida.

Os resultados serão discutidos em função do impacto do suporte social e estratégias de coping na percepção subjectiva de bem-estar e na qualidade de vida dos doentes com lúpus.

Palavras-chave: Lúpus, Doença Crónica, Suporte Social, Estilos de *Coping*, Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

O lúpus é uma doença auto-imune de carácter sistémico e inflamatório com produção de anticorpos contra o próprio organismo, ocorrendo a formação de imunocomplexos antígeno-anticorpo (Wallace, 2000). Durante os últimos anos, o aumento dos conhecimentos médicos e o avanço em métodos de diagnóstico tornaram-se motivos cruciais para que o prognóstico da doença seja muito melhor na actualidade, aumentando a sobrevivência destes doentes. Esta doença é crónica, caracterizando-se por períodos de actividade e de remissão, para além disso é auto-imune pois implica uma desordem do sistema imunológico, tornando-o incapaz de distinguir os antígenos dos seus próprios tecidos do corpo, passando a atacá-los como se fossem estranhos. Neste conflito, verifica-se a produção de auto-anticorpos dirigidos contra a própria pessoa, o que gera inflamações em diversos órgãos (Baptista, 1997).

Existem diversos tipos de lúpus, nomeadamente: lúpus discóide (LD), lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS), lúpus induzido por drogas e lúpus eritematoso sistémico (LES). No entanto, torna-se fundamental destacar o L.E.S. pelo seu carácter sistémico e abrangente. O L.E.S. é conhecido pela “doença das mil faces”, exactamente pelo facto de existirem inúmeros e diversos sintomas que podem variar de pessoa para pessoa, tais como: febre, mal-estar geral, falta de apetite, fadiga extrema, foto-sensibilidade (ocorre a pelo menos 50% dos doentes), dores e inchaço nas articulações sem erosão óssea, devido a inflamações articulares, variações no sistema nervoso e envolvimento neurológico, tais como neurite periférica (ardência, formigueiro, perda de forças), distúrbios do comportamento tais como labilidade emocional (irritabilidade, choro fácil, ansiedade e depressão), mancha de borboleta (é uma erupção na face sobre a zona do nariz e bochechas, lembrando a forma das asas de uma borboleta, surgindo em cerca de 30% dos casos de doentes com lúpus), inflamações pleurais ou pericárdias (surgem em cerca de 50% dos doentes com lúpus), lúpus discóide (trata-se de uma erupção mais profunda lembrando a mordedura de um lobo, ocorrendo em cerca de 25% dos doentes), ulcerações bucais ou nasofaríngeas (mucosas) que ocorrem em cerca de 40% dos doentes com lúpus (Senécal, 1994).

O lúpus pode ocorrer em qualquer idade, em ambos os sexos, embora seja entre 10 a 15 vezes mais frequente em mulheres em idade fértil do que nos homens. Mesmo entre as mulheres, acredita-se que as de origem africana, indígena ou asiática desenvolvem a doença com mais frequência do que as mulheres brancas. As mulheres grávidas ou de idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos (idade fértil), são mais afectadas pela doença (Brás, 1998).

Uma investigação efectuada entre 500.000 americanos com lúpus, a doença ocorria em 1 de cada 600 mulheres brancas grávidas, e em 1 de cada 200 mulheres negras grávidas (Carr, R., 1986). Estima-se que existam mais casos de pessoas com lúpus do que com esclerose múltipla, fibrose cística, anemia hemolítica e paralisia cerebral juntas. Uma pesquisa realizada por Bruskin & Goldring (1994), mostrou que foram registados entre 1.400.000 e 2.000.000 de casos de doentes com lúpus na América. Por outro lado, nos países nórdicos alguns estudos epidemiológicos, mostraram existirem entre 12,5 e 36,3 casos de lúpus por cada 100.000 habitantes (Brás, 1998).

Uma investigação recente realizada em Portugal por Ferreira e Vasconcelos (2005), com o objectivo de determinar a frequência e ocorrência familiar de lúpus e outras doenças auto-imunes, mostrou que os familiares consanguíneos de doentes com lúpus têm 15 a 20% de probabilidades de contrair a mesma doença até à terceira geração. A nível nacional foram identificados 2200 doentes com lúpus, mas estima-se que existam entre três mil a cinco mil portugueses doentes com lúpus. Para além disso verificou-se que nove em cada dez doentes com lúpus são do sexo feminino.

O doente com lúpus tem diversas patologias a nível biológico, cognitivo, social e psicológico. Dentro dos problemas psicossociais, salientam-se a repercussão psicológica no doente, o peso físico da doença e da sua potencial gravidade, e o impacto nas tarefas do dia-a-dia associado às limitações funcionais da doença e às dores, o que se repercute na qualidade de vida e bem-estar do doente crónico (Sampaio, 1998). Nesse sentido, a percepção subjectiva de bem-estar pessoal e qualidade de vida dos doentes com lúpus, além de ser condicionada pelo peso físico da doença e da sua potencial gravidade é, também, susceptível de ser altamente influenciada por variáveis psicossociais como as estratégias de coping e o suporte social. Diversas investigações têm sido realizadas, com o objectivo de avaliar a relação entre os mecanismos de coping e a percepção subjectiva da doença e da qualidade de vida do doente crónico (Lazarus & Folkman, 1984; McCrae, 1984; Rowland, 1990).

Relativamente à eficácia dos estilos de coping nos problemas de saúde, Merluzzi e Sanchez (1997), verificaram que os sujeitos que utilizam estilos de coping funcionais, estão mais ajustados emocionalmente e aptos a confrontar as exigências envolvidas no diagnóstico da doença crónica (in Soares et al., 2000). Por sua vez, o coping activo orientado para a resolução de problemas, tem um impacto francamente positivo com a qualidade de vida em doentes crónicos (Sheier et al. 1989 in Coelho & Ribeiro, 2000). Brown, Nicassio & Wallston (1989) mostram que

um estilo de coping passivo, relativo à dor crónica, está associado ao aumento do sofrimento psicológico e, conseqüentemente, menor percepção de qualidade de vida (*in* Reis & Pereira, 2002).

Perante uma doença crónica, como é o caso do lúpus, um importante foco de atenção é a relação entre a doença crónica e a dinâmica individual e familiar (Engel, 1977). Diversas investigações no âmbito de doenças crónicas sugerem que o apoio social tem efeitos mediadores na protecção da saúde e um efeito protector ao longo de todo o ciclo de vida (Wills, 1997 *in* Ribeiro, 1999). Ridder e Schreurs (1996), afirmam que doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

No que concerne à influência do suporte social percebido e recebido sobre o nível de stress experienciado (Sarason, 1985), existem evidências da relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo. Berkman e Syme (1979) elaboraram um estudo prospectivo em que mediram o apoio social de 4700 homens e mulheres, entre os 30 e 69 anos de idade, seguidos ao longo de 9 anos, concluindo que um maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade.

Suporte social define-se, numa perspectiva abrangente, como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, et al., 1983, p.127).

Num outro estudo, Cohen (1988), verificou que o apoio social pode produzir respostas que influenciam a doença, ou pode produzir padrões de comportamento que afectam o risco de doença através da resposta biológica e, por outro lado, o stress psicossocial tem efeitos negativos na saúde e bem-estar dos indivíduos sem apoio social ou com pouco apoio. Assim, existem, imensas evidências da relação entre suporte social e diversas medidas dependentes tais como a saúde, percepção de bem-estar, satisfação com a vida (Sarason et al., 1983), redução do mal-estar (Sarason, Potter & Antoni, 1985) e resistência a doenças (Cohen, 1988). Hohaus e Berah (1996), verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que está associada à satisfação com a vida.

Importa, também, salientar a relação existente entre os estilos de coping e o suporte social dos indivíduos. Tendo em conta as diferentes contingências sociais e o papel que estas ocupam sobre os estilos individuais de coping, pode assumir-se que a adaptação à doença, e, conseqüentemente, a percepção de bem-estar e qualidade de vida, depende da resposta percebida pelos outros.

Coyne e DeLongis (1986) realizaram um estudo sobre o papel das relações sociais no processo de adaptação, tendo concluído que as pessoas que se mostram insatisfeitas com o suporte social apresentam-se, regra geral, mais desajustadas às condições de vida. Billings e Moos (1981) constataram uma forte evidência da influência que as estratégias de coping exercem

sobre a percepção do suporte social recebido, tendo verificado que as pessoas que usam o comportamento evitante como estratégia de coping dominante, percebem-se como tendo menos apoio social.

Bloom (1986), realizou um estudo que se centrou no impacto da percepção de apoio social recebido, no bem-estar físico, psicológico e social de doentes crónicos. Os resultados deste estudo evidenciam que a percepção de suporte social e o nível sócio-económico interferem na capacidade de coping do doente que, por sua vez, é determinante para o bem-estar e qualidade de vida percebida. Concluiu-se, também, que a percepção de suporte social tem um efeito directo no bem-estar psicológico que, por sua vez, influencia a capacidade do paciente utilizar estratégias de coping adequadas (*in* Pereira & Lopes, 2002).

Um outro estudo relativo às diferenças do suporte social percebido nos doentes com lúpus, consoante a raça, estatuto económico e actividade da doença, sugere que a satisfação com o suporte social é benéfico para a saúde mental de todos os grupos, mas exerce, sobretudo, uma maior influencia nos grupos de raça branca, estatuto económico superior e cuja doença está em estado remissivo (Bae e Karlson, 2001).

Tyson (1998), efectuou um estudo que se centrou na relação entre o suporte social percebido, o estado da saúde e a qualidade de vida em mulheres com L.E.S. Verificou-se a existência de uma elevada relação positiva entre o suporte social percebido e a qualidade de vida. Por outro lado, encontrou-se uma correlação negativa entre o estado de saúde e o suporte social percebido e, também, entre o estado de saúde e a qualidade de vida. Os resultados encontrados evidenciam a associação importante que existe entre o estado de saúde, a qualidade de vida e o suporte social percebido.

Um outro estudo efectuado por Dobkin, Costa e Dritsa (2001) com o objectivo de investigar a qualidade de vida em doentes com L.E.S. consoante o estado da doença (em fase activa ou remissiva). Os resultados indicam que, uma melhor qualidade de vida psicológica se relaciona com um maior nível de escolaridade e um menor estilo de coping orientado para a emoção nos doentes cujo L.E.S. está em fase activa. Por outro lado, uma melhor qualidade de vida psicológica está relacionada com menos stress, um menor estilo de coping orientado para a emoção e um maior estilo de coping orientado para a tarefa nos doentes cujo L.E.S. está em fase remissiva. No entanto, a qualidade de vida física correlaciona-se positivamente com um estilo de coping orientado para a emoção nos doentes cujo L.E.S. está em fase activa. Por outro lado, a qualidade de vida física relaciona-se com menos stress e menor idade nos doentes cujo L.E.S. está em fase remissiva. A correlação positiva entre o estilo de coping orientado para a emoção e a qualidade de vida física nos doentes cujo L.E.S. se encontra em fase activa, sugere que este tipo de estratégia de coping torna-se mais adaptativo nas situações que são consideradas incontroláveis, como, por exemplo, é a caso do L.E.S. passar para fase activa.

É de salientar que, relativamente ao lúpus, os estudos (sobretudo nacionais) são extremamente escassos, não existindo muita literatura relevante sobre o tema, apesar da alta prevalência da doença. Torna-se, portanto, pertinente a necessidade de investigar e aprofundar os conhecimentos relativos às variáveis psicossociais que influenciam a adaptação à doença e a qualidade de vida nos doentes com lúpus.

O objectivo da presente investigação visa analisar o impacto do suporte social e das estratégias de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Por outro lado procura explorar, descrever e relacionar as principais estratégias de coping utilizadas pelos doentes com lúpus. No presente estudo assumem-se as seguintes hipóteses: a) sujeitos que utilizam, predominantemente, estilos de coping orientados para a emoção têm uma percepção negativa do suporte social e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida; b) sujeitos que se percebem como tendo uma boa qualidade de vida, utilizam estilos de coping adaptativos, focados na resolução de problemas e orientados para a tarefa, encontrando-se satisfeitos com o suporte social recebido.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 88 sujeitos com diagnóstico de lúpus com idades compreendidas entre 16 anos e 73 anos com uma média de idade de 44,72 anos (DP=14,37). A representação das mulheres (n=84) corresponde a 95,5% da amostra total. Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

A grande maioria dos sujeitos, referiram ser casados (59,1%). Dos restantes, 20,5% dos sujeitos são solteiros (n=18), 13,6% dos sujeitos são divorciados (n=12) e 6,8% dos sujeitos são viúvos (n=6). Do total da amostra, 33% dos sujeitos são provenientes do meio rural (n=29) e 67% dos sujeitos são provenientes do meio urbano (n=59).

Em relação ao nível de escolaridade: 1,1% dos sujeitos é analfabeto, 19,3% dos sujeitos têm o ensino primário, 11,4% dos sujeitos concluíram o 2º ciclo do ensino básico, 8% dos sujeitos têm o 3º ciclo completo, 34,1% dos sujeitos concluíram o ensino secundário, 25% dos sujeitos têm uma licenciatura e 1,1% dos sujeitos possui um mestrado.

No que concerne à situação laboral, salienta-se que 58% dos sujeitos da amostra estão em situação laboral activa (n=51) e 42% dos sujeitos encontram-se em situação laboral inactiva (n=37).

Por fim, relativamente à duração da doença, 44,3% da amostra possui a doença crónica há 5 ou menos anos (n=39) e 55,7% dos sujeitos possui a doença à mais de 5 anos (n=49). A duração da doença, na totalidade da amostra varia entre 1 e 33 anos, sendo a média de duração da doença de 7,89 anos (DP= 7,06).

Instrumentos

Neste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

1. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), de Ribeiro (1999): tem o objectivo de determinar o grau de satisfação dos sujeitos, no que concerne ao suporte social proveniente de diversas fontes, assim como, relativo às actividades sociais em que estão inseridos (ver anexo I).

Trata-se de uma escala multidimensional, de resposta tipo likert (segundo o grau de concordância com a afirmação), constituída por 15 itens que se distribuem por quatro sub-escalas, com valores de consistência interna (alfa de Cronbach) que variam entre 0,64 e 0,83, e, a escala total possui um Alfa de Cronbach de 0,85. A primeira sub-escala (5 itens), designa-se por “satisfação com amizades” (SA), mede a satisfação relativa às amizades que o sujeito possui, e tem uma consistência interna de 0,83. A segunda sub-escala (4 itens), refere-se ao factor “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo, e possui um valor de consistência interna de 0,74. A terceira sub-escala (3 itens), designa-se “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte familiar existente, e apresenta uma consistência interna de 0,74. A quarta e última sub-escala (3 itens), designa-se “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza, e exhibe uma consistência interna de 0,64. A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, podendo variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

2. Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL – abrev., 1998): construído pelo “grupo português para o estudo da qualidade de vida em doenças crónicas” para medir e estudar aspectos de qualidade de vida de pessoas com diferentes doenças crónicas. A concepção deste instrumento tem como referência o conceito de qualidade de vida adoptado pela Organização Mundial de Saúde (W.H.O.Q.O.L. Group, 1993), baseando-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjectivo e composto por dimensões positivas (por ex. mobilidade) e negativas (por ex. dor). O WHOQOL-bref é uma versão abreviada, composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores resultados psicométricos, extraídas do WHOQOL-100.

A versão abreviada (ver anexo II) é constituída por 26 questões, sendo que duas questões são gerais (ex. “Como avaliaria a sua qualidade de vida?”) e as restantes 24 questões são referentes a quatro domínios: “Físico” (7 itens) com uma consistência interna de 0,84; “Psicológico” (6 itens) com uma consistência interna de 0,78; “Relações Sociais” (3 itens) com uma consistência interna de 0,69; e “Meio Ambiente” (8 itens) com uma consistência interna de 0,71. Trata-se de uma escala multidimensional, de resposta tipo likert (segundo o grau de concordância), com valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) que variam entre 0,69 e 0,84, e, o questionário total (26 questões) possui um Alfa de Cronbach de 0,91.

3. Escala de coping em situações de stress (Coping Inventory for Stressful Situations - CISS) de Endler & Parker (1990): tem o objectivo de avaliar e validar estilos preferidos de coping, isto é, estratégias tipicamente usadas no coping com situações geradoras de stress (ver anexo III).

Trata-se de uma escala multidimensional, de resposta tipo likert de 5 pontos, que avalia a frequência de utilização de cada estratégia entre “nunca” (1) e “muitíssimo” (5), constituída por 48 itens que se distribuem por três escalas que avaliam três tipos de estratégias de coping: “estratégias de coping orientadas para a tarefa” (16 itens); “estratégias de coping orientadas para a emoção” (16 itens); e “estratégias de coping orientadas para o evitamento” (16 itens). Esta última escala (evitamento) encontra-se sub-dividida em duas sub-escalas que são, nomeadamente, a sub-escala de distração (8 itens) e de diversão social (5 itens). Os três itens restantes da escala de evitamento não são pontuáveis nestas duas sub-escalas.

As três escalas e as duas sub-escalas têm valores de consistência interna (alfa de Cronbach) que variam entre 0,75 e 0,92. A escala designada “estratégias de coping orientadas para a tarefa”, tem uma consistência interna de 0,92. A escala designada “estratégias de coping orientadas para a emoção”, possui um valor de consistência interna de 0,90. A terceira escala designada “estratégias de coping orientadas para o evitamento” apresenta uma consistência interna de 0,85. A sub-escala de distração exhibe uma consistência interna de 0,75. E, por fim, a sub-escala de diversão social possui uma consistência interna de 0,74.

4. Folha de dados demográficos e clínicos: tem o objectivo de fornecer informação sobre os aspectos demográficos tais como, sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, profissão, e, aspectos clínicos tais como, tipo de lúpus e duração da doença.

Procedimento

A amostra que dá corpo à presente investigação foi retirada de um universo constituído pelo total de doentes inscritos na Associação Portuguesa de Doentes com Lúpus. Dos 2100 doentes associados, cerca de 90% são mulheres.

Com o devido consentimento e colaboração da Associação Portuguesa de Doentes com Lúpus, foram enviados, aleatoriamente, 150 inquéritos para as moradas de doentes associados, dos quais apenas 88 foram devolvidos (58,7%), constituindo, desta forma, a totalidade da amostra utilizada neste estudo.

A participação dos doentes foi voluntária, sendo o seu consentimento de resposta, precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram respeitados, tendo-se assegurado a confidencialidade e anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Com o objectivo de estudar as relações e as diferenças entre as variáveis demográficas e clínicas da amostra e as diversas dimensões das escalas de avaliação em relação à qualidade de vida (Questionário de avaliação da qualidade de vida -WHOQOL – abrev., 1998), estilos de coping (Coping Inventory for Stressful Situations - CISS de Endler & Parker (1990)) e satisfação com o suporte social (Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), de Ribeiro, 1999), utilizou-se uma estatística paramétrica discriminativa e correlacional, nomeadamente a *Correlação de Pearson* e o teste *t* de Student.

Relações nas variáveis demográficas e clínicas

No que concerne às variáveis demográficas e clínicas, verificou-se que a situação laboral (activa vs. inactiva) apresenta uma correlação significativa com a duração da doença crónica ($r(88)=0,296$, $p=0,005$) e com o nível de escolaridade ($r(88)= -0,343$, $p=0,001$). A correlação positiva que se estabelece entre a situação laboral e a duração da doença sugere que, com o aumento do número de anos de duração da doença aumenta, também, o número de sujeitos com situação laboral inactiva. Por outro lado, a correlação negativa que se estabelece entre a situação laboral e o nível de escolaridade sugere que existe um acréscimo de sujeitos com situação laboral inactiva quando diminuem as suas habilitações literárias.

A idade dos sujeitos está, também, estatisticamente correlacionada com a duração da doença crónica ($r(88)=0,420$, $p=0,000$) e com a situação laboral (activa vs. inactiva) ($r(88)=0,345$, $p=0,001$). Verificou-se que o aumento da duração da doença está associado ao aumento proporcional da idade do doente. Por outro lado, a correlação positiva que se estabelece entre a idade dos sujeitos e a situação laboral sugere que, com o aumento da idade dos sujeitos se verifica um acréscimo da inactividade laboral.

Relações entre a situação laboral e a percepção de qualidade de vida

Foram encontradas correlações negativas e estatisticamente significativas entre a situação laboral e a percepção de qualidade de vida física ($r(88)= -0,358$, $p=0,001$) e entre a situação laboral e a percepção de qualidade de vida global ($r(88)= -0,298$, $p=0,005$). Com o aumento da inactividade laboral verifica-se uma diminuição da percepção de qualidade de vida, tanto física, como numa visão global da qualidade de vida.

Relação entre a idade dos sujeitos e a percepção de qualidade de vida física

Encontrou-se uma correlação negativa moderada, entre a idade dos sujeitos e a percepção de qualidade de vida física ($r(88)= -0,324$, $p=0,002$), ou seja, com o aumento da idade há uma diminuição da percepção da qualidade de vida física.

Relações entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida

Verificou-se uma elevada correlação positiva, entre a satisfação com amizades e a qualidade de vida ambiental ($r(88)=0,541$, $p=0,000$), a qualidade de vida social ($r(88)=0,539$, $p=0,000$), a qualidade de vida psicológica ($r(88)=0,551$, $p=0,000$) e a qualidade de vida física ($r(88)=0,342$, $p=0,001$). A correlação positiva entre a satisfação com as amizades e a qualidade de vida global ($r(88)=0,564$, $p=0,000$), indica que o aumento da satisfação com as amizades corresponde a uma maior percepção de bem-estar e qualidade de vida.

No que concerne à sub-escala de satisfação com a intimidade, verifica-se uma correlação positiva desta com a qualidade de vida ambiental ($r(88)=0,530$, $p=0,000$), com a qualidade de vida social ($r(88)=0,58$, $p=0,000$), a qualidade de vida psicológica ($r(88)=0,590$, $p=0,000$) e a qualidade de vida física ($r(88)=0,400$, $p=0,000$). A correlação existente entre a satisfação com a intimidade e a percepção de qualidade de vida global é positiva e elevada ($r(88)=0,601$, $p=0,000$), o que indica que o aumento da satisfação com a intimidade corresponde a uma maior percepção de bem-estar e qualidade de vida global.

Encontraram-se correlações positivas e estatisticamente significantes entre a satisfação com a família e a qualidade de vida ambiental ($r(88)=0,350$, $p=0,001$) e, também, entre a satisfação com a família e a qualidade de vida global ($r(88)=0,326$, $p=0,000$).

Existem, também, correlações positivas e moderadas entre a satisfação com as actividades sociais e a qualidade de vida ambiental ($r(88)=0,417$, $p=0,000$), a qualidade de vida social ($r(88)=0,403$, $p=0,000$), a qualidade de vida psicológica ($r(88)=0,556$, $p=0,000$) e a qualidade de vida global ($r(88)=0,479$, $p=0,000$).

Por fim, salienta-se a importância das correlações elevadas, encontradas entre a satisfação global com o suporte social e a qualidade de vida global ($r(88)=0,665$, $p=0,000$), a qualidade de vida física ($r(88)=0,420$, $p=0,000$), a qualidade de vida social ($r(88)=0,624$, $p=0,000$), a qualidade de vida psicológica ($r(88)=0,647$, $p=0,000$) e a qualidade de vida ambiental ($r(88)=0,629$, $p=0,000$).

Tabela 1 – Relações entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.QV.FISICA	-	,841(**)	,649(**)	,447(**)	,595(**)	,420(**)	,284(**)	,228(*)	,400(**)	,342(**)
2.SOMA.QV		-	,889(**)	,758(**)	,880(**)	,665(**)	,479(**)	,326(**)	,601(**)	,564(**)
3.QVAMBIENTAL			-	,613(**)	,712(**)	,629(**)	,417(**)	,350(**)	,530(**)	,541(**)
4.QVSOCIAL				-	,721(**)	,624(**)	,403(**)	,244(*)	,581(**)	,539(**)
5.QV.PSICOL					-	,647(**)	,556(**)	,280(**)	,590(**)	,551(**)
6.SOMA.ESSS						-	,708(**)	,611(**)	,683(**)	,869(**)
7.ESSS.AS							-	,155	,526(**)	,531(**)
8.ESSS.SF								-	,180	,395(**)
9.ESSS.IN									-	,498(**)
10.ESSS.SA										-

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nota: QV.FISIC: qualidade de vida física; SOMA.QV: qualidade de vida global; QVAMBIEN: qualidade de vida ambiental; QVSOCIAL: qualidade de vida social; QV.PSICO: qualidade de vida psicológica; SOMA.ESSS: satisfação global com o suporte social; ESSS.AS: satisfação com actividades sociais; ESSS.SF: satisfação com a família; ESSS.IN: satisfação com a intimidade; ESSS.SA: satisfação com amigos;

Relações entre a satisfação com o suporte social e as estratégias de coping

Existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a satisfação com a intimidade e o estilo de coping orientado para a emoção ($r(88)=-0,399$, $p=0,000$). Entre a

satisfação com as actividades sociais e os estilos de coping orientados para a emoção também existe uma correlação negativa ($r(88) = -2,36$, $p=0,027$). Verifica-se, ainda, uma correlação negativa entre a satisfação global com o suporte social e o estilo de coping orientado para a emoção ($r(88) = -0,376$, $p=0,000$), ou seja, com o aumento da satisfação com a intimidade, com as actividades sociais e da satisfação global de suporte social, ocorre a diminuição da utilização de estratégias de coping orientadas para a emoção.

Por outro lado, encontraram-se correlações moderadas e positivas entre o estilo de coping orientado para a tarefa e a satisfação com as actividades sociais ($r(88)=0,236$, $p=0,027$), a satisfação com a família ($r(88)=0,261$, $p=0,029$), a satisfação com a intimidade ($r(88)=0,224$, $p=0,036$) e a satisfação global com o suporte social ($r(88)=0,261$, $p=0,014$).

Tabela 2 – Relações entre a satisfação com o suporte social e as estratégias de coping

	ESSS.AS	SOMAESSS	ESSS.SF	ESSS.IN	ESSS.SA
CISS - Estilo de coping orientado para a emoção	-,236(*)	-,376(**)	-,129	-,399(**)	-,392(**)
CISS - Estilo de coping orientado para a tarefa	,236(*)	,261(*)	,233(*)	,224(*)	,101

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nota: ESSS.AS: satisfação com actividades sociais; SOMAESSS: satisfação global com o suporte social; ESSS.SF: satisfação com a família; ESSS.IN: satisfação com a intimidade; ESSS.SA: satisfação com amigos;

Relações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping

Verificou-se uma correlação positiva entre a qualidade de vida psicológica e as estratégias de coping orientadas para a tarefa ($r(88)=0,477$, $p=0,000$), as estratégias de coping orientadas para o evitamento ($r(88)=0,308$, $p=0,003$) e estratégias de coping orientadas para a diversão ($r(88)=0,339$, $p=0,001$). No entanto, encontra-se uma correlação negativa entre a qualidade de vida psicológica e as estratégias de coping orientadas para a emoção ($r(88) = -0,452$, $p=0,000$), ou seja, com o aumento da percepção de qualidade de vida psicológica, verifica-se um decréscimo da utilização das estratégias de coping orientadas para a emoção ($r(88)=0,316$, $p=0,003$).

Existe uma correlação positiva entre a qualidade de vida social e as estratégias de coping orientadas para a tarefa ($r(88)=0,383$, $p=0,000$), as estratégias de coping orientadas para o evitamento ($r(88)=0,316$, $p=0,003$) e estratégias de coping orientadas para a diversão ($r(88)=0,470$, $p=0,000$). Por outro lado, existe uma correlação negativa entre a qualidade de vida social e as estratégias de coping orientadas para a emoção ($r(88)= -0,290$, $p=0,006$).

No que concerne à sub-escala de qualidade de vida ambiental, verifica-se uma correlação positiva desta com as estratégias de coping orientadas para a tarefa ($r(88)=0,354$, $p=0,001$). No entanto, encontra-se uma correlação negativa entre a qualidade de vida ambiental e as estratégias de coping orientadas para a emoção ($r(88)= -0,322$, $p=0,002$).

Por fim, verificaram-se correlações positivas entre a qualidade de vida global e as estratégias de coping orientadas para a tarefa ($r(88)=0,432$, $p=0,000$) e as estratégias de coping orientadas para a diversão ($r(88)=0,335$, $p=0,001$), Por outro lado existe uma correlação negativa entre a qualidade de vida global e as estratégias de coping orientadas para a emoção ($r(88)= -0,356$, $p=0,001$).

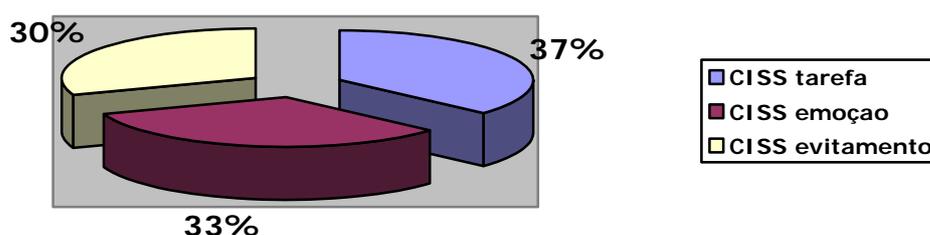
Tabela 3 – Relações entre a qualidade de vida e as estratégias de coping

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Estilo de coping orientado para a emoção	-	-,088	-,035	,099	-,322(**)	-,356(**)	-,290(**)	-,452(**)
2. Estilo de coping orientado para a diversão		-	,790(**)	,458(**)	,225(*)	,335(**)	,470(**)	,339(**)
3. Estilo de coping orientado para o evitamento			-	,402(**)	,194	,278(**)	,316(**)	,308(**)
4. Estilo de coping orientado para a tarefa				-	,354(**)	,432(**)	,383(**)	,447(**)
5. Qualidade vida ambiental					-	,889(**)	,613(**)	,712(**)
6. Qualidade vida global						-	,758(**)	,880(**)
7. Qualidade vida social							-	,721(**)
8. Qualidade vida psicológica								-

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Estilo de coping mais utilizado pelos doentes com lúpus



Como se pode ver na figura acima, parece haver um certo equilíbrio relativamente aos estilos de coping a que os doentes com lúpus recorrem. Assim, 37% dos doentes têm uma tendência para utilizar mais estratégias de coping orientadas para a tarefa, 33% as estratégias orientadas para a emoção e 30% as orientadas para o evitamento.

Diferenças entre o grau de escolaridade e a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social

Com o objectivo de estudar a relação entre o grau de escolaridade (doentes com escolaridade obrigatória – igual ou inferior ao 9º ano vs. doentes com habilitações superiores à escolaridade obrigatória) e a qualidade de vida e satisfação com o suporte social dos doentes, utilizou-se o teste *t* de Student. Os resultados [$t(86) = -2,778$; $p=0,007$] indicam que os doentes com habilitações literárias iguais ou superiores ao 10º ano de escolaridade têm uma maior qualidade de vida física ($M=22,51$; $DP=5,52$) em relação aos doentes com escolaridade igual ou inferior ao 9º ano ($M=19,29$; $DP=5,02$). Em relação à qualidade de vida psicológica [$t(86) = -2,317$; $p=0,023$], os resultados indicam que os doentes com maior grau de escolaridade têm uma qualidade de vida psicológica ($M=20,43$; $DP=4,17$) superior em relação aos doentes com menor grau de escolaridade ($M=18,26$; $DP=4,52$). No que concerne à qualidade de vida ambiental [$t(86) = -2,219$; $p=0,029$], os resultados apontam para que os doentes com maior grau de escolaridade têm uma qualidade de vida ambiental ($M=25,98$; $DP=4,80$) superior em relação aos doentes com menor grau de escolaridade ($M=23,69$; $DP=4,68$). Por fim, em relação à qualidade de vida global [$t(86) = -2,529$; $p=0,013$], conclui-se que os doentes com maior grau de escolaridade têm uma qualidade de vida global superior ($M=78,64$; $DP=14,58$) em relação aos doentes com menor grau de escolaridade ($M=70,71$; $DP=14,11$).

No que se refere à satisfação com a família [$t(86) = -2,259$; $p=0,026$], os resultados indicam que os doentes com maior grau de escolaridade sentem uma maior satisfação familiar ($M=11,66$; $DP=2,92$) do que os doentes com menor grau de escolaridade ($M=10,09$; $DP=3,58$).

Diferenças entre a situação laboral e a qualidade de vida

Em relação à qualidade de vida física [$t(86) = 3,552$; $p=0,001$], os resultados sugerem que os doentes activos profissionalmente têm mais qualidade de vida física ($M=22,90$; $DP=5,29$) do que os doentes inactivos ($M=18,92$; $DP=5,06$). No que concerne à qualidade de vida ambiental [$t(86) = 2,595$; $p=0,011$], os resultados indicam que os doentes activos têm mais qualidade de vida ambiental ($M=26,18$; $DP=4,29$) do que os doentes inactivos ($M=23,54$; $DP=5,22$). Por fim, em relação à qualidade de vida global [$t(86) = 2,898$; $p=0,005$], os dados sugerem que os doentes activos profissionalmente têm maior qualidade de vida global ($M=79,23$; $DP=13,33$) do que os doentes inactivos ($M=70,32$; $DP=15,41$).

Diferenças entre a proveniência dos doentes e a qualidade de vida, os estilos de coping e a satisfação com o suporte social

Em relação à satisfação com os amigos [$t(86) = -3,318$; $p=0,001$], os resultados apontam para que os doentes provenientes do meio urbano tenham maior satisfação com os amigos ($M=18,14$; $DP=4,24$) do que os doentes provenientes do meio rural ($M=14,48$; $DP=5,93$). Também a satisfação global com o suporte social [$t(86) = -2,473$; $p=0,015$], indica que os doentes do meio urbano têm mais satisfação global com o suporte social ($M=51,81$; $DP=11,97$) do que os doentes de meio rural ($M=44,93$; $DP=12,87$).

Em relação à qualidade de vida social [$t(86) = -2,049$; $p=0,043$], conclui-se que os doentes de meio urbano têm maior qualidade de vida social ($M=10,02$; $DP=2,71$) do que os doentes do meio rural ($M=8,83$; $DP=2,22$). No que concerne à qualidade de vida ambiental [$t(86) = -2,655$; $p=0,009$], os doentes de meio urbano têm maior qualidade de vida ambiental ($M=26,00$; $DP=4,21$) do que os doentes do meio rural ($M=23,17$; $DP=5,56$). Também a qualidade de vida global [$t(86) = -2,372$; $p=0,020$], indica que os doentes do meio urbano ($M=78,05$; $DP=13,49$) têm mais qualidade de vida global do que os doentes do meio rural ($M=70,28$; $DP=16,27$). Encontraram-se, ainda, valores significativos no que se refere aos estilos de coping orientados para a tarefa [$t(86) = -2,752$; $p=0,007$], indicando que os doentes provenientes do meio urbano utilizam mais os estilos de coping orientados para a tarefa ($M=57,32$; $DP=9,51$) do que o meio rural ($M=50,90$; $DP=11,76$).

Diferenças entre a idade e a qualidade de vida

Os resultados [$t(86)=3,174$; $p=0,002$], indicam que os doentes mais novos, isto é, com idade igual ou inferior a 40 anos, têm mais qualidade de vida física ($M=23,47$; $DP=5,49$) do que os doentes mais velhos ($M=19,81$; $DP=5,11$).

DISCUSSÃO

O objectivo da presente investigação consiste em analisar o impacto do suporte social e das estratégias de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Por outro lado é, também, objectivo desta investigação, a identificação das principais estratégias de coping vivenciadas pelos doentes com lúpus.

No que concerne aos dados demográficos da amostra, o estudo demonstrou que o aumento da inactividade laboral implica um curso mais prolongado de doença, um aumento da idade e um menor grau de escolaridade dos sujeitos.

Uma situação laboral inactiva acarreta uma menor percepção de qualidade de vida física e qualidade de vida global. Por sua vez, o envelhecimento implica um aumento da inactividade laboral conduzindo a uma menor percepção de qualidade de vida física.

O meio urbano, apresentou-se como sendo um elemento demográfico que influencia a utilização de estratégias de coping orientadas para a tarefa. Pressupõem-se que os doentes provenientes de meio urbano possuem, também, um maior nível de habilitações literárias, como tal, este resultado poderá ser explicado pela mesma razão apontada por Barker e colaboradores (1990) para explicar a predominância das estratégias activas entre a população de nível sócio-económico mais elevado: o facto destes sujeitos possuírem mais facilidades em utilizar estratégias cognitivo-comportamentais, dá-lhes uma maior capacidade de descentração dos problemas emocionais e o envolvimento em tarefas. No presente estudo, os doentes provenientes do meio urbano percebem-se, também, como tendo uma qualidade de vida física, ambiental e global superior aos doentes com lúpus provenientes do meio rural.

Os doentes com habilitações literárias iguais ou superiores ao 10º ano de escolaridade, mostram uma maior satisfação com a família, percebendo-se como tendo maior qualidade de vida do que os doentes com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 9º ano de escolaridade. Este resultado poderá ser explicado pelo facto dos sujeitos com maior nível de escolaridade possuírem estratégias cognitivo-comportamentais superiores, descentrando-se dos problemas emocionais (Barker e colaboradores, 1990).

De uma forma geral, os resultados são consistentes no que se refere ao efeito protector do suporte social (Wills, 1997 *in* Ribeiro, 1999), verificando-se que o grau de satisfação com o suporte social (família, amigos, intimidade e actividades sociais) tem um papel crucial na percepção de qualidade de vida (ambiental, social, psicológica e física). O aumento da satisfação de todas as sub-escalas e suporte social implica o aumento das sub-escalas de percepção de qualidade de vida. Estes resultados vão ao encontro da literatura que evidencia a relação positiva entre a satisfação com o suporte social e a satisfação global com a vida (Hohaus e Berah, 1996). Também Coyne e DeLongis (1986) concluíram que as pessoas que se mostram insatisfeitas com o suporte social, apresentam-se mais desajustadas às condições de vida. Considerando, também, a dimensão relativa às estratégias de coping orientadas para a emoção, na sua relação inversa com a satisfação ao nível da intimidade e a satisfação global com o suporte social, vê-se reforçada a ideia de que a ausência de suporte social, exerce uma influência negativa sobre a capacidade adaptativa e qualidade de vida do doente com lúpus, uma vez que existe uma relação directa entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida. Coyne e DeLongis (1986) prevêem que a percepção de falta de suporte social, torna o doente particularmente vulnerável ao nível emocional utilizando, como tal, estratégias de coping orientadas para a emoção.

A presente investigação demonstrou, ainda, uma forte relação entre a percepção de qualidade de vida global e as estratégias de coping orientadas para a tarefa e para a diversão,

constatando-se, no entanto, que a utilização de estratégias de coping orientadas para a emoção pressupõem uma menor qualidade de vida global para os doentes com lúpus. De um modo geral, os mecanismos de coping activo aparecem associados entre si e relacionados com o aumento da percepção de qualidade de vida. Estas informações surgem na linha de orientação da literatura previamente exposta (Coyne e DeLongis, 1986), confirmando a evidência de que os sujeitos que utilizam mecanismos de coping funcionais e activos, estão mais ajustados emocionalmente e aptos a confrontar as exigências envolvidas no diagnóstico da doença crónica percebendo-se, portanto, com maior qualidade de vida (Merluzzi e Sanchez, 1997 *in* Soares et al., 2000). Sheier et al. 1989, reafirma que as estratégias de coping orientadas para a tarefa, têm um impacto francamente positivo na qualidade de vida de doentes crónicos (*in* Coelho & Ribeiro, 2000).

Tanto a percepção de qualidade de vida psicológica como a percepção de qualidade de vida social aumenta, quando os sujeitos utilizam estratégias de coping orientadas para a tarefa, para o evitamento e para a diversão, mas, no entanto, diminui quando os sujeitos utilizam estratégias de coping orientadas para a emoção. Verificou-se, ainda, que a percepção de qualidade de vida ambiental aumenta quando o sujeito utiliza estratégias de coping orientadas para a tarefa, diminuindo, contudo, quando o sujeito utiliza estratégias de coping orientadas para a emoção. Estes resultados vão ao encontro das investigações efectuadas por Brown, Nicassio & Wallston (1989) que indicam que as estratégias de coping passivas e orientadas para a emoção estão associadas ao aumento do sofrimento psicológico e, conseqüentemente, menor percepção de qualidade de vida (*in* Reis & Pereira, 2002).

Os resultados deste estudo devem ser analisados tomando em consideração a natureza correlacional do estudo e algumas limitações metodológicas, nomeadamente: o não controlo de psicopatologia associada, nomeadamente, pela avaliação dos níveis de ansiedade e depressão vivenciados no momento de resposta aos inquéritos e o não controlo do estado e decurso da doença, assim como a avaliação da fase da doença em que o sujeito se encontra, ou seja, saber se a doença se encontra em fase activa ou em fase de remissão, uma vez, que este facto poderia influenciar a percepção de qualidade de vida.

Por fim, salienta-se a necessidade de novos estudos sobre o decurso da vida de doentes com lúpus, uma vez que os estudos são extremamente escassos, apesar da alta prevalência da doença. Torna-se, portanto, pertinente a necessidade de efectuar novas investigações e aprofundar os conhecimentos relativos às variáveis psicossociais que influenciam a adaptação à doença e a qualidade de vida nos doentes com lúpus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bae, S. C. ; Karlson, H. (2001). Variable effects of social support by race, economic status and disease activity in systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 28(6), 1245-1251.

Baptista, M. (1997). Lúpus Eritematoso Sistémico. *Impaciente: Revista da Associação de Doentes com Lúpus*, 1, 24-29.

Barker, C., Tristang, N., Shapiro, D., Shaw, I. (1990). Coping and self-helping in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 271-285.

Berkman, L.F. ; Syme, L.S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.

Billings, A. G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping response and social responses in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-156

Brás, L. (1998). Lúpus: Sabe o que é?. *Impaciente: Revista da Associação de Doentes com Lúpus*, 2, 15-18.

Bruskin, W. ; Goldring, I. (1994). Understanding Lupus: What it is, How to cope with it. *Lupus Foundation of America*, 3(2), 63-67.

Carr, R. (1986). Lupus Eritematosus: A Handbook for Physicians, Patients and Their Families. *Lupus Foundation of America*, 3(2), 91-98.

Coelho, M. ; Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of psysical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.

Coyne, J. C. & DeLongis (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460.

Dobkin, P., Costa, D. e Dritsa, M. (2001). Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: Differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care & Research*. 12(6), 401 – 410.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Ferreira, C. & Vasconcelos, C. (2005, 13 de Maio). Lúpus afecta até à terceira geração – Estudo confirma prevalência familiar nas doenças autoimunes. *Diário de Notícias*.

Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY: Springer

McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(1), 919-928.

Pereira, M.G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Reis, F. & Pereira, M. G. (2002). Ajustamento psicossocial em adultos com artrite reumatóide. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 249-263.

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(8), 547-558.

Ridder, D., & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health & Medicine*, 1, 71-82.

Rowland, J. H. (1990). *Intrapersonal resources: Coping*. NY: Oxford University Press

Sampaio, D. (1998). Viver a juventude apesar do lúpus. *Impaciente: Revista da Associação de Doentes com Lúpus*, 2, 39-41.

Sarason, Potter & Antoni (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-163.

Sarason, I.G. ; Levine, H.M. ; Basham, R.B. ; Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

Senécal, J. (1994). *Lupus: Doença das mil faces*. Lisboa: Freitas Brito Artes Gráficas

Soares, M. ; Moura, M. ; Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.

Tyson, S. (1998). The relationship of perceived social support, health status, and quality of life in female systemic lupus erythematosus patients. *Health Sciences, nursing*.

Wallace, D. J. (2000). *The Lupus Book: Revised and expanded Edition – A guide for patients and their families*. New York: Oxford University Press, Inc..