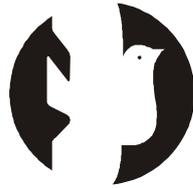


MAYRA SILVA DE SOUZA



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIA DE VALIDADE
BASEADA NA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

ITATIBA
2007

MAYRA SILVA DE SOUZA

SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIA DE VALIDADE
BASEADA NA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA
2007

WM105 Souza, Mayra Silva de.
S716s Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis / Mayra Silva de Souza. -- Itatiba, 2007.
137 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.

Orientação de: Makilim Nunes Baptista

1. Suporte familiar. 2. Saúde mental.
 3. Avaliação psicológica. 4. Evidências de validade.
 5. Teste psicológico. I. Baptista, Makilim Nunes.
- II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias do Setor de Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU *EM PSICOLOGIA*
MESTRADO

SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIA DE VALIDADE
BASEADA NA RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS

Autora: Mayra Silva de Souza
Orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão

Prof^a. Dr^a. Sandra Leal Calais

ITATIBA
2007

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado forças para enfrentar as adversidades que encontrei no caminho e ter me permitido concluir este trabalho;

Agradeço a minha família, meu pai e minha mãe, pelo conforto, apoio e amor incondicional, sempre... afinal, além de estudar, pude contar com um Suporte Familiar concreto; também fazem parte minha irmã, cunhado, sobrinhos, tios, avós e primos, cada qual esteve presente à sua maneira;

Ao Orientador, Professor, Mestre, Doutor Makilim, por todos esses papéis desempenhados e principalmente pelo aprendizado diário proporcionado durante todo o tempo nesses anos de convivência, além da enorme paciência, credibilidade, autonomia e confiança dispensados. Restou grande admiração, que cresce mais a cada dia, além da eterna gratidão;

Aos Professores Doutores que compuseram a banca examinadora, Sandra Leal Calais e Cláudio Garcia Capitão, pelas grandes contribuições e apontamentos para a realização deste trabalho;

Aos Professores Doutores do Programa de Mestrado da Universidade São Francisco, pela convivência e aprendizado constante;

Aos velhos e novos amigos, indispensáveis e inesquecíveis... seria injusto citar nomes, pois poderia me esquecer de alguém. Prefiro expressar meu profundo sentimento de carinho e gratidão a todos. Cada qual sabe da sua importância nessa minha trajetória.

RESUMO

Souza, M. S. (2007). *Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação entre Variáveis*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

O presente estudo objetivou buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção do suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), esperando que quanto melhor a percepção do suporte familiar, melhor o estado de saúde mental dos indivíduos. Participaram desta pesquisa 530 estudantes de uma Universidade particular da cidade de São Paulo (SP), com faixa etária de 17 a 54 anos, dos cursos de Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Engenharia, Administração, Serviço Social e Enfermagem. Foi utilizado um instrumento fechado, criado com o objetivo de identificar o participante, obtendo-se dados sócio-demográficos, pertinentes à pesquisa, tais como sexo, idade, cor da pele, estado civil, curso, estrutura familiar, características econômicas e um último item que consta de 52 eventos de vida estressantes vivenciados no último ano. Para avaliar o suporte familiar foi utilizado o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), e o Questionário de Saúde Geral (QSG) foi utilizado para fornecer uma perspectiva de pacientes não-psicóticos sobre o seu estado de saúde mental. A aplicação dos instrumentos se deu de forma coletiva, com duração aproximada de uma hora. Como resultado, as dimensões Afetivo-Consistente (IPSF), Adaptação Familiar (IPSF), Suporte Familiar Total (IPSF), Estresse Psíquico (QSG), Desejo de Morte (QSG), Desconfiança no Próprio Desempenho (QSG), Distúrbios do Sono (QSG), Distúrbios Psicossomáticos (QSG) e Severidade de Doença Mental (QSG) correlacionaram-se significativamente. Não foram encontrados resultados significativos apenas nas correlações entre a dimensão Autonomia Familiar (IPSF) com a Desconfiança no Próprio Desempenho (QSG), e com os Distúrbios Psicossomáticos (QSG). Esse resultado indica que o instrumento em questão pode ser considerado adequado para avaliar a percepção do suporte familiar. Como resultado das análises secundárias, os instrumentos que avaliaram a saúde e o suporte familiar correlacionaram-se com os eventos de vida estressantes e com o nível econômico também. Foram encontradas ainda diferenças entre vários tipos de configuração familiar, sexo, raça e curso em relação ao suporte familiar percebido e ao estado de saúde mental dos participantes.

Palavras-chave: Suporte familiar, Saúde mental, Evidências de Validade.

ABSTRACT

Souza, M. S. (2007). *Family Support and Mental Health: Evidences Based on Relations to Other Variables*. Master Degree Dissertation. *Stricto Sensu* Psychology Post Graduation Program, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

The present study aims to search for evidences based on relations to other variables between the Perception of Family Support Inventory (IPSF) and Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ), expecting that as bigger the perception of family support is, better the individual's mental health status will be. 530 students from a private University of São Paulo participated in this study, aging from 17 to 54 years, from the Psychology, Nutrition, Physiotherapy, Engineering, Administration, Social Service and Nursing courses. A closed-questions instrument was used, created with the objective of identifying the participant, acquiring social-demographic data related to this research, such as gender, age, skin color, marital status, course, family structure, economical characteristics and a last item which contains 52 stressing life events possibly lived in the last year. In order to evaluate the family support, the Perception of Family Support Inventory (IPSF) was used and the Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ) was used in order to supply the authors with information concerning non-psychotic patients about their mental health state. The application of the instruments happened collectively, lasting approximately one hour. As a result, the dimensions Affective-Consistent (IPSF), Family Adaptation (IPSF), Total Family Support (IPSF), Psychic Stress (GHQ), Death Desire (GHQ), Unbelief in the Own Performance (GHQ), Sleeping Disorders (GHQ), Psychosomatic Disorders (GHQ) and Mental Health Severity (GHQ) correlated themselves with high significance. Significant results concerning correlations between Family Autonomy (IPSF) and unbelief in the own performance (GHQ) weren't found, as well with Psychosomatic Disorders (GHQ). These results indicate that the IPSF can be considered as an adequate instrument to evaluate the perception of family support. As results from the secondary analysis, the instruments which evaluated health and family support correlated themselves with the ones which evaluated stressing life events and with the ones which evaluated the economical level. Differences concerning other types of family configuration, genders, race and course were found, related to the participant's perceived family support and mental health status.

Keywords: Family Support, Mental Health, Validity Evidences.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ANEXOS	x
1 SAÚDE MENTAL	1
1.1 HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL	1
1.2 FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL	5
2 A FAMÍLIA	10
2.1 DEFINIÇÕES E FUNÇÕES DA FAMÍLIA	10
3 SUPORTE FAMILIAR	14
3.1 AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR	16
4 SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL	21
5 OBJETIVOS	41
5.1 OBJETIVO GERAL	41
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
6 MÉTODO	42
6.1 PARTICIPANTES	42
6.2 INSTRUMENTOS	42
6.2.1 <i>QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO</i>	42
6.2.2 <i>QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG)</i>	43
6.2.3 <i>INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR (IPSF)</i>	45
6.3 PROCEDIMENTO	47
7 RESULTADOS	49
7.1 MÉTODO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
7.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	50
7.2.1 <i>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</i>	50
7.2.2 <i>EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES</i>	59
7.3 ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS	67
7.3.1 <i>RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR, SAÚDE MENTAL E EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES</i>	67
7.3.2 <i>RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA FAMILIAR COM SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL</i>	76
7.3.3 <i>ASSOCIAÇÕES ENTRE SEXO, RAÇA, CURSO E NÍVEL ECONÔMICO EM RELAÇÃO AO SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL</i>	86
8 DISCUSSÃO	95
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115
ANEXOS	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Freqüência e porcentagem do sexo dos participantes em cada curso	51
Tabela 2	Freqüência e porcentagem do estado civil dos participantes	52
Tabela 3	Freqüência e porcentagem do grau de escolaridade de pais e mães dos participantes.	53
Tabela 4	Freqüência e porcentagem do nível econômico dos participantes.....	55
Tabela 5	Freqüência e porcentagem do número de irmãos dos participantes.	56
Tabela 6	Freqüência e porcentagem do estado civil dos pais dos participantes.	57
Tabela 7	Freqüência e porcentagem de respostas dos participantes quando questionados sobre algum membro próximo da família falecido.	58
Tabela 8	Freqüência e porcentagem da declaração de cor/raça dos participantes.....	59
Tabela 9	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao trabalho.	60
Tabela 10	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à educação.	61
Tabela 11	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos às questões financeiras	62
Tabela 12	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à saúde	63
Tabela 13	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos aos lutos/ perdas	64
Tabela 14	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à migração/ mudanças	64
Tabela 15	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao namoro/ coabitação.....	65
Tabela 16	Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos às questões legais.	65

Tabela 17 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à família.....	66
Tabela 18 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao matrimônio.	67
Tabela 19 Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) e das Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).	68
Tabela 20 Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) das Categorias dos Eventos de Vida Estressantes.....	71
Tabela 21 Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) das Categorias dos Eventos de Vida Estressantes.	73
Tabela 22 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e o estado civil dos participantes.	78
Tabela 23 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e o número de irmãos dos participantes.	80
Tabela 24 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e o tipo de família dos participantes.	82
Tabela 25 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>H</i> de <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e com quem moram os participantes.	84
Tabela 26 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e do sexo dos participantes.	87
Tabela 27 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e a declaração de cor/raça dos participantes.....	89
Tabela 28 Diferença de médias de acordo com o Teste <i>H</i> de <i>Kruskal-Wallis</i> entre as dimensões do IPSF/ QSG e a Área Universitária dos participantes.	91
Tabela 29 Correlação de <i>Spearman</i> entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG), Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e Nível Econômico dos participantes.	94

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	123
ANEXO 2. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG).....	127
ANEXO 3. INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR (IPSF)	131
ANEXO 4. PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	133
ANEXO 5. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	135

1 SAÚDE MENTAL

1.1 HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

A concepção de doença mental em cada momento da história variou de acordo com a reação da sociedade diante das “anormalidades”, entendidas como comportamentos desviantes, dependendo dos seus valores e suposições sobre o comportamento e vida humana (Holmes, 1997). Por isso, torna-se imprescindível na consideração da doença mental, a atenção nos aspectos comportamentais desviantes em uma dada cultura ou época, em relação a uma determinada população, ou seja, o que pode ser considerado normal e patológico naquele dado contexto. Uma pessoa mentalmente não saudável é considerada diferente das demais, podendo sentir dificuldades que lhe comprometem o funcionamento normal frente ao seu estado psicológico, modificando suas relações com o meio, o que implica em desequilíbrio e sofrimento para a pessoa e/ou seu grupo social. (Loureiro, 2000; Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda & Ramos, 1996).

Nas sociedades primitivas, a causa da manifestação das doenças mentais era atribuída ao sobrenatural, o que levava à associação de enfermidade mental com poderes mágicos e místicos. Achados como monumentos, rolos de papiro e antigos livros da Bíblia denunciaram que os antigos egípcios, hebreus e árabes acreditavam no comportamento desviante como manifestação de possessão de maus espíritos, demônios e deuses irados. Assim, doentes mentais ora eram reverenciados como deuses, ora eram considerados como possuídos pelo demônio (Ribeiro, 1996; Vietta, Kodato & Furlan, 2001).

A primeira tentativa de negar a concepção mitológica explicando a doença mental em termos de causas naturais ocorreu com Hipócrates, denominado o pai da medicina moderna, que

introduziu explicações fisiológicas para justificar o comportamento anormal. A visão hipocrática pautava-se na noção de equilíbrio-desequilíbrio entre substâncias, sistemas e órgãos, acreditando que o comportamento era regido pela alteração dos níveis de quatro humores, a saber: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. Assim, a bile negra em excesso causava depressão, a bile amarela em excesso relacionava-se à ansiedade e à instabilidade, fleuma em excesso implicava em temperamento preguiçoso e um volume excedente de sangue associava-se às alterações rápidas de humor (Holmes, 1997).

Durante a Idade Média, a prevalência da religião católica colaborou, em grande parte, com a formulação da concepção de doença mental. As pessoas percebiam a vida como uma luta constante entre o bem e o mal, sendo as forças do mal guiadas pelo demônio, que atribulava pessoas perturbadas. Essas eram vistas como ameaça para sociedade, devendo ser perseguidas e muitas vezes, mortas. Durante o início do Renascimento não foi diferente da época medieval uma vez que a forte repressão sexual pela religião propiciava crises grupais, e a partir de então, formava-se um círculo vicioso marcado pela intolerância proporcionando a ocorrência de mais crises. Nesse contexto, todo o conhecimento científico, a literatura, a arte e a filosofia resguardava-se nos mosteiros, onde ficavam todos os livros existentes na época, enquanto a população respaldava-se na crença difundida por meio de perseguições às feiticeiras, da inquisição e dos exorcismos (Bastos, 1997).

No século XVI os doentes mentais foram considerados como pacientes, pessoas que precisavam de ajuda e atendimento humanitário ao invés de condenação e exorcismo (Holmes, 1997). A doença mental só se constitui na medida em que não se confunde com as “doenças orgânicas”, no sentido que ameaça o homem em sua vitalidade; para isso, a patologia mental passou a ser vista, não como ameaça à vida, mas como ameaça psíquica, que atinge o homem em sua relação com o mundo e com outros homens (Ey, 1981).

Assim, fez-se necessário o surgimento de uma nova ciência que abordasse esses efeitos psíquicos, a psiquiatria. De início, a psiquiatria, seguindo uma perspectiva orgânica, dedicou-se em descrever quadros clínicos e suas evoluções, constituindo uma clínica cujo esquema fundamentava-se na observação, diagnóstico e prognóstico dos distúrbios mentais. Com o desenvolvimento desta ciência, os médicos psiquiatras buscaram explicações nas desordens do comportamento, da afetividade e do pensamento em causas físicas como as lesões ou modificações do cérebro, numa compreensão fundamentada na abordagem orgânica, estudada a partir de descobertas experimentais da neuropsiquiatria e da neurofisiologia (Ribeiro, 1996).

No século XIX, as explicações sobre o comportamento anormal concentraram-se em causas psicológicas. Pode-se destacar Jean-Martin Charcot, que acreditava que os transtornos histéricos tinham base psicológica; Sigmund Freud, que postulava que tanto os comportamentos normais como os anormais surgiam da interação das forças da mente; Ivan Pavlov, Edward L. Thorndike, John B. Watson e B. F. Skinner, que acreditavam que o comportamento era uma resposta a fatores externos (recompensas, estímulos e punições). Pensando numa abordagem mais recente, a psicologia cognitiva acredita que o comportamento é influenciado pelas distorções de avaliação cognitiva e de pensamento (Bastos, 1997; Holmes, 1997).

A partir do conhecimento da importância dos fatores ambientais e sociais como história do indivíduo, reação frente às diversas situações, relações com o ambiente cultural e com o grupo familiar, entendeu-se a necessidade de não apenas lidar com as raízes biológicas dos problemas mentais, mas também com os fatores sociais, passando-se a descrevê-los como fatores contribuintes geradores da doença mental (Vietta & cols., 2001). A doença mental passa a ser vista como um fenômeno multifatorial, ou seja, vários fatores, tanto biológicos, quanto psicológicos, históricos e sociais, influenciam na sua constituição.

A Organização Mundial de Saúde (2000) define saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas em ausência de doença ou enfermidade. Sendo assim, a manutenção da saúde mental constitui-se como parte fundamental da saúde geral, permitindo ao indivíduo o aproveitamento pleno de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de dificuldades na vida, a produção no trabalho e a contribuição para ações em sociedade.

Este conceito de saúde mental como bem-estar biológico, psicológico e social é bastante criticável. Pensando nessa ampla definição, poucas pessoas poderiam ser consideradas “saudáveis” (Dalgarrondo, 2000). Por outro lado, o destaque concedido a esta definição deve-se aos resultados de grandes descobertas e progressos nas ciências biológicas e comportamentais, o que demonstra fundamentação e aceitação da comunidade científica para este conceito (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Por ser a saúde mental um fenômeno complexo e multifatorial, é grande a dificuldade de limitação desse conceito, no que tange aos critérios utilizados para a consideração do normal e do patológico (Ribeiro, 1996). O estabelecimento de uma definição completa é quase impossível, porém, de forma geral, aceita-se que a saúde mental compreenda algo mais que a simples ausência de enfermidade. Os fatores biológicos, psicológicos e sociais, por sua vez, encontram-se altamente interligados para se compreender o funcionamento mental, e por isso, devem ser considerados (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Esses fatores citados acima se relacionam de diversas formas com a saúde mental. Tais fatores podem ser considerados como de risco, ou seja, fatores que indicam uma condição que aparece associada a um aumento significativo de ocorrência de eventos clínicos da doença, favorecendo seu desenvolvimento (Kashani, Dandoy, Vaidya, Soltys & Reid, 1990).

1.2 FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL

Os fatores de risco têm sido empregados para caracterizar uma faixa de condições sociais, biológicas e psicológicas que podem ser as causas, estarem correlacionados, ou até mesmo consistirem nas conseqüências do comportamento desviante. Os métodos empregados para a identificação de grupos em situação de risco para os distúrbios psiquiátricos tem incluído modelos genéticos de riscos, o uso de comportamentos selecionados e características especiais que representam eventualmente domínios contínuos da psicopatologia, e o uso de fatores ambientais familiares e sociais que sugerem alto risco (Kashani, Dandoy, Vaidya, Soltys & Reid, 1990). Constituem um grupo de risco para a saúde mental pessoas com status socioeconômico baixo, baixo nível de educação, pessoas discriminadas racialmente, sexo feminino, relações familiares inadequadas, eventos de vida estressantes e estrutura familiar. (Ludermir & Melo Filho, 2002; Miranda-Sá Jr., 2001; Ross & Wu, 1996;).

Pesquisas apontam que pessoas com baixo nível socioeconômico estão mais expostas aos riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos que afetam a saúde (Baptista, 2004; Baptista, Borges & Biagi, 2004; Organização Mundial da Saúde, 2001). Pessoas com melhor estilo de vida têm melhores recursos para manter um padrão de vida saudável. Para Miranda-Sá Jr. (2001), os agentes sociais que mais se destacam dentre outros inumeráveis determinantes de enfermidades e deficiências mentais, são: a marginalização, a injustiça, a pobreza, a opressão, os acentuados desníveis de renda, a falta de oportunidades, o desemprego, e a insatisfação crônica das necessidades básicas, tais como moradia, transporte, saúde, vestuário, trabalho, educação e lazer. Vale ressaltar que esses fatores sociais contribuem com o surgimento de enfermidades mentais, mas que por si só, não necessariamente determinam o quadro das doenças mentais.

A relação entre baixo nível socioeconômico e doença mental é bastante complexa. Essa associação pode ser explicada primeiramente, pela falta de recursos em si, e também pela eventual mudança de status socioeconômico dos doentes mentais, dada a quantidade de cuidados dispensados com esses indivíduos, como tratamento médico, farmacológico, e os custos embutidos nesses cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Um estudo transversal realizado em Olinda, PE, analisou a associação entre indicadores de transtornos mentais comuns (caracterizados por sintomas como fadiga, insônia, irritabilidade, queixas somáticas, esquecimento e dificuldade de concentração) com condições de vida e estrutura ocupacional. A amostra constitui-se em 621 adultos com faixa etária de 15 anos ou mais, aos quais aplicou-se a versão brasileira do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e um questionário sobre condições de vida e estrutura ocupacional. Indivíduos com renda per capita familiar de até um quarto do salário mínimo apresentaram 2,87 mais transtornos mentais comuns que os indivíduos com renda per capita maior que um salário mínimo (Ludermir & Melo Filho, 2002).

O mesmo estudo citado acima verificou que indivíduos com até quatro anos de escolaridade apresentaram 2,84 vezes mais transtornos mentais comuns que aqueles com onze ou mais anos de estudo. Ross e Wu (1996) buscaram relações entre o status de saúde e a educação em diferentes faixas etárias. Os resultados apontaram que há uma relação entre altos níveis de escolaridade e promoção de saúde em idades mais avançadas, uma vez que pessoas com nível mais alto de educação conhecem mais sobre prevenção de determinadas doenças e sobre hábitos saudáveis.

Fazem parte de um grupo de risco aumentado tanto para o surgimento quanto para o agravamento de doenças mentais as pessoas que são discriminadas racialmente por um período longo de tempo. Um arcabouço de pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas

demonstrou essa relação, transformando o preconceito racial em uma preocupação para o contexto da saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2001). Para Miranda-Sá Jr. (2001), a importância desse fator na psicopatologia se justifica a partir de seu caráter psicossocial, uma vez que circunstâncias culturais e socioeconômicas podem estar envolvidas.

O sexo feminino constitui mais um fator de risco para o desenvolvimento de determinados transtornos mentais. Na atualidade, a mulher desempenha múltiplos papéis na sociedade, tais como esposa, mãe, educadora e trabalhadora. Além dessa multiplicidade de papéis, que por si só já podem gerar muitos conflitos, a mulher ainda sofre significativamente com a discriminação sexual, abuso e violência doméstica e sexual (Organização Mundial de Saúde, 2001). No estudo da adaptação do QSG para a população brasileira, foram encontradas diferenças significativas entre os sexos. As mulheres apresentam maior nível de labilidade para a saúde mental do que os homens. (Pasquali & cols., 1996).

O estudo das variáveis psicológicas como fatores de risco para o desencadeamento de doenças psiquiátricas inclui a análise de “eventos vitais”, que são acontecimentos ou mudanças localizadas no tempo e no ambiente social externo do indivíduo que provocam estresse. Foram encontradas relações entre os eventos vitais e diversos transtornos mentais, a saber: depressão, transtorno bipolar, psicose puerperal, transtorno do pânico, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios comportamentais em pacientes com deficiência mental, abuso de heroína, abuso de álcool, distúrbios psiquiátricos na comunidade e uso de drogas psicotrópicas (Oliveira, Fonseca & Del Porto, 2002).

Estes eventos podem estar relacionados ao trabalho (mudança de trabalho que implique aumento na carga horária, demissão e rebaixamento ou promoção de cargo), à educação (mudança de escola e fracasso acadêmico), às finanças (dificuldades ou mesmo melhora substancial na situação econômica), à saúde (doença grave e gravidez indesejada), ao luto (morte

de familiares e amigos), à migração (mudança de cidade e de casa), à família (nascimento de um filho e casamento) e a outros acontecimentos. Alguns acontecimentos podem ser considerados negativos, como por exemplo, crises, privações, perdas por morte, separação da pessoa amada, e outros eventos podem ser considerados positivos como promoções no trabalho, mudanças para locais novos, casamento, porém nenhum deles deixa de ser estressante, podendo levar pessoas mais suscetíveis a processos de desorganização. A maneira como o indivíduo vai responder a essas situações estressantes vai sempre depender da intensidade do estímulo e da capacidade que ele tem para lidar com esses acontecimentos (Oliveira, Fonseca & Del Porto, 2002).

Esses eventos vitais não constituem, em si, um sintoma de distúrbio mental; eles provocam manifestações de esforço para o ajustamento e adaptação diante dessa situação que se apresenta nova e, a priori, insolúvel, com a qual o indivíduo não foi capaz de lidar imediatamente fazendo uso de seus mecanismos de defesa ou suas estratégias de enfrentamento. A doença mental poderá ser o resultado, traduzida pelo fracasso do indivíduo ao atravessar a crise vital, seja por inadaptação ou por não ter satisfeito suas necessidades (Caplan, 1980; Mota, Franco e Motta, 1999).

Para obter sucesso em fases de crise, o indivíduo não deve evitar a ameaça de insatisfação, mas sim, lançar mão de recursos para enfrentá-la. O apoio familiar é de suma importância nesse momento, pois o que determinará o sucesso ou fracasso do indivíduo não necessariamente será sua força interior, mas a espécie de ajuda que ele receberá por parte daqueles que lhe são mais íntimos. Assim, até mesmo a falta de apoio (suporte) de pessoas mais próximas, tais como cônjuges, familiares, parentes e amigos, pode ser considerada como um fator de risco para a saúde mental (Cadden, 1980).

A família é um grupo social que constitui redes de relações primárias e vínculos duradouros, e como resultado, experiências de vida familiar afetam profundamente a capacidade

do indivíduo de conviver em grupo, de se restabelecer frente às situações estressoras e de conservar-se num estado de bem-estar geral. Porém, nem sempre a família é capaz de prover apoio necessário ao membro em crise. Famílias de pais ou membros separados, desunidos, famílias numerosas, ou seja, disposições físicas da família, como ela é composta, por quantos membros, se dividem ou não a mesma moradia; todos esses dados dizem respeito à estrutura familiar, considerada também um fator de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

Assim, fica evidente que a família desempenha um importante papel enquanto fator de risco ou de proteção para distúrbios mentais. Quando a família se encontra bem-organizada, com diálogo aberto, os papéis são bem definidos, flexíveis, interligados e complementares, o sistema de regras é claro e bem aceito, esta poderá exercer mais controle e apoio aos seus membros no enfrentamento de problemas (Caplan, 1980).

2 A FAMÍLIA

2.1 DEFINIÇÕES E FUNÇÕES DA FAMÍLIA

Na cultura ocidental, a família é considerada como uma agrupação de marido, mulher e filhos, que tem como função colaborar para o desenvolvimento de novos membros para a sociedade, socializando-os e outorgando-lhes apoio físico e emocional (Alchaer, Bahsas, Nieto & Salinas, 1994). Para Carvalho e Almeida (2003), a família funciona como mediadora entre o indivíduo e a sociedade, sendo apontada como essencial não apenas para a sobrevivência de seus membros, mas para a socialização, proteção, transmissão da cultura, de capital econômico e da propriedade do grupo, das relações de gênero e de solidariedade entre gerações.

Sociologicamente, a família é entendida como um sistema social, uma rede de relações e emoções composta por sentimentos e comportamentos complexos, sendo considerada como a mais importante fonte de apoio social, influenciando na saúde e na doença de seus membros. (Sprovieri & Assumpção Jr., 2001). É por intermédio da família que o indivíduo se constrói psicologicamente, passando gradativamente de um estado de indiferenciação, no qual ele ainda não se vê como ser único, dependendo da família, para um estado de individualização, no qual ele torna-se independente, um indivíduo pronto para viver em sociedade (Andolfi, Ângelo, Nicolo-Corigliano & Menghi, 1994).

Além de cumprir o processo de socialização, desenvolvimento psicossocial e outorgar a seus membros um sentido de identidade, a família também deve acomodar-se a uma sociedade, garantindo de alguma maneira, a continuidade de uma cultura. Pois, num sentido evolutivo, a família mudará na medida em que a sociedade muda, sendo que as mudanças geralmente se orientam da sociedade para a família. Assim, a família “normal” pode descrever-se como um

sistema aberto, com flexibilidade de pautas, em constante transformação e que permanentemente interaja com outros grupos da sociedade e se acomode às suas demandas e propostas (Ceberio, 2006). Cordioli (1998) aponta que o casal que forma uma nova família constitui papéis e regras específicas que demandam maior responsabilidade e esforço pessoal, e assim, exercita a maturidade pessoal e o senso de independência, valorizando mais o suporte recebido.

Mesmo sobre as mais favoráveis circunstâncias, a família debate-se com sofrimentos da vida como o de realizar suas responsabilidades socializando seus membros para torná-los indivíduos únicos tão bem como independentes e membros responsáveis da sociedade. O grupo familiar pode ser estressante, pois em situações de crise, cada membro tem a capacidade de dissolver a unidade da família. (Ackerman, 1986).

A família se constitui como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas. Ela é a base da construção de um modelo relacional que permite criar outras relações, desde as laborais, de amizade, de parentesco, até a construção de uma nova família. Pautas, normas, funções, mandatos são assimilados em cada um de seus membros que, por oposição ou similaridade, se identificam com seu grupo familiar. Tais identificações não implicam somente à construção cognitiva e de personalidade, ou seja, não somente demarcam fronteiras de estilos de personalidade, também reproduzem pautas de interação, jogos relacionais e formas de manifestar afetos e emoções (Ceberio, 2006). São fundamentais na dinâmica familiar a comunicação congruente, direcional, funcional e com carga emocional; regras coerentes e flexíveis; liderança compartilhada com filhos de forma democrática; auto-estima; relação conjugal integrada, porém de forma que possibilite à família atuar como um todo, preservando a individualidade de cada um (Féres-Carneiro, 1992).

De acordo com Campos (2004), a família exerce funções como proteção, afeição e formação social, que são determinantes no desenvolvimento de seus filhos. Para Lidchi e

Eisenstein (2004), o desenvolvimento da confiança em um membro da família acontece na medida em que as funções autonomia e proteção lhes são oferecidas equilibradamente pelos seus familiares. Uma família funcional

É aquela percebida como sendo predominantemente afetuosa, com boa comunicação, coesa, com regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades da vida ou doenças intercorrentes (Lidchi & Eisenstein, 2004, p. 222).

A instituição familiar, com o decorrer das mudanças sócio-culturais, tem passado por transformações, e tem se adaptado à diversas fontes de influências, tais como sociais, culturais, biológicas e psicológicas. Várias conquistas se concretizaram tais como, o compartilhamento das decisões familiares, não apenas em relação aos filhos, mas também em questões administrativas e financeiras. Cada membro da família passa a ter seus direitos e deveres. As relações entre pais e filhos enriquecem, na medida em que o diálogo aumenta e com ele, as expressões de afeto (Hintz, 2001).

A família de hoje se vê envolvida por um número muito grande de informações. Num mundo globalizado, a família encontra menos oportunidade de estar junta, unida, compartilhando afetos e idéias com seus membros. O momento das refeições, antes tradicionalmente um momento de reunião familiar, é hoje um momento individual. A evolução dos meios de transportes, no que tange à facilidade e à velocidade, contribui para que membros de uma família trabalhem ou estudem em cidades diferentes, dificultando o encontro da família. De acordo com essas suposições, Campos (2004) chegou a afirmar que a família deixa de funcionar como um sistema de suporte, uma vez que os membros da família não se encontram.

Andolfi e cols. (1994) assinalam que os sistemas patológicos ou o comportamento patológico de alguns membros da família surgem a partir da repetição quase automática e

compulsiva das transações dirigidas a manter as regras cada vez mais rígidas a serviço do equilíbrio. As crises acidentais e evolutivas podem gerar sintomas que acarretam disfuncionalidades interacionais entre os membros da família que permanecem no tempo mediante as intenções de soluções fracassadas. Estas disfunções criam realidades próprias a partir do problema. Criam-se regras, pautas, funções em torno do sintoma que se elege como dominador da situação.

Dada a importância da família enquanto provedora de recursos físicos (no que tange ao fator financeiro), de recursos sociais (no que se refere à vivência grupal primária) e principalmente de recursos afetivos (na medida que dispensa cuidado, carinho, proteção, aceitação, confiança, e outros), suas influências tanto podem ser positivas como negativas. Para Féres-Carneiro (1992), a família pode funcionar como facilitadora da saúde emocional de seus membros quando cada um desses conhece e desempenha um papel específico. Esses papéis, por sua vez, precisam estar bem definidos, adequados e flexíveis. Quando a família desempenha esse papel facilitador, ela passa a funcionar como um sistema de suporte para seus membros.

3 SUPORTE FAMILIAR

O suporte familiar, que é um importante componente do suporte social, abarca questões relativas às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família. O suporte familiar é compreendido por Moos (1990) como o grau de afeto, confiança, ajuda e apoio entre os membros da família.

Já para Parker, Tupling e Brown (1979), suporte familiar consiste na quantidade de cuidados e proteção que os filhos recebem de seus pais, incluindo também o comportamento dos pais e atitudes de cuidado, afeto, sensibilidade, cooperação, aceitação, indiferença, rigor, punição, rejeição, interferência, controle, superproteção, estímulo à autonomia e independência. Outra demarcação sobre o suporte familiar é pautada no grau no qual as necessidades de apoio, informação e *feedback* do indivíduo são satisfeitos pela família (Procidano & Heller, 1983).

Um outro modelo para suporte familiar parte de três dimensões do comportamento da família: a) coesão, definida como o vínculo emocional que os membros da família têm em direção a um outro membro, incluindo limites, coalizões, tempo, espaço, decisões, interesses e recreação; b) adaptabilidade, definida como o sistema de escolha do sistema familiar e/ou conjugal no estabelecimento de estruturas potenciais, papéis e regras no relacionamento em resposta ao estresse situacional ou progressivo, incluindo níveis de rigidez e flexibilidade; e c) comunicação, considerada a dimensão facilitadora na medida em que permite o movimento de famílias e casais nas outras duas dimensões, pois inclui empatia, escuta reflexiva e comentários suportivos (Olson, Russell & Sprenkle, 1983).

Baptista e Oliveira (2004) entendem suporte familiar como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os

integrantes da família (características psicológicas) e dessa forma, diferenciam-no do conceito de estrutura familiar, referente ao número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição (características físicas). McFarlene, Bellissimo e Norman (1995) ressaltam que diferentes estruturas familiares podem oferecer suporte familiar adequado, não havendo relação direta entre esses dois conceitos.

Caplan (1980) considera várias funções da família quando essa é entendida como um sistema de suporte, a saber: coletora e disseminadora de informações sobre o mundo, fonte de ideologia, fonte de serviços práticos e ajuda concreta, fonte validadora da identidade, referência e grupo-controle, apoio para o domínio emocional, fornecedora de orientação e *feedback*, guia e mediadora na solução de problemas e refúgio para repouso e recuperação. Para Cobb (1976), três componentes são importantes num sistema de suporte: a) emocional, que constitui na informação que leva o indivíduo a acreditar que é estimado e amado, transmitida em situações que envolvem confiança mútua; b) valorativo, que constitui na informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido e valorizado, resultando em auto-estima e reafirmação do senso de valorização pessoal; e c) comunicacional, que constitui na informação que leva o indivíduo a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigação compartilhada por todos os membros.

O clima familiar não suportivo provavelmente terá um efeito direto e profundo no estado afetivo da criança menor. Para os adolescentes, o aumento da capacidade de realizar operações formais – a habilidade de manipular representações de coisas que não estão presentes - permite que eles comecem a consolidar suas experiências passadas e busquem futuras possibilidades. Esta capacidade de incorporar o passado, presente e futuro poderia ajudar a soma do aumento da autocomplexidade demonstrado à medida que o indivíduo passa pela adolescência, e por sua vez, pode ajudar a limitar a influência direta de uma família não suportiva (Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998).

Para Campos (2004), o principal efeito do suporte se dá na proporção em que o receptor percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, participando de uma rede de recursos e informações que são com ele partilhadas. “É essa percepção que lhe empresta força para enfrentar o ambiente, trazendo conseqüências positivas para seu bem estar (redução do estresse; aumento da auto-estima e do bem estar psicológico)” (p. 142).

A percepção do suporte familiar, tal como é descrita, será avaliada em função da saúde mental dos participantes da presente pesquisa, e é nesta relação que se estabelece a base para a busca de evidência de validade entre os dois construtos envolvidos. O subtópico que se segue tratará de questões referentes à esta avaliação.

3.1 AVALIAÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR

As avaliações familiares provêm dados ricos sobre as famílias, que podem ajudar nas decisões sobre estratégias de intervenção familiar. Nos EUA, as medidas de avaliação familiar desenvolveram-se nas últimas décadas, apesar de muitos entraves, dentre eles, a unificação de uma teoria familiar que funcione, além da falta de consenso entre as melhores medidas para avaliação familiar. Ainda assim, é possível considerar importantes construtos utilizados nas avaliações familiares, a saber: comunicação, conflito, resolução de problemas, vínculo/coesão, afeto e emoção, intimidade, diferenciação e individuação, triangulação, estresse, e papéis familiares (Bray, 1995).

No Brasil, como observado por Baptista (2005) existem muitos instrumentos que avaliam construtos tais como estilo parental, percepção dos pais, entrevista familiar estruturada e satisfação com a família, porém, nenhum deles avalia a percepção de suporte familiar. Foi

baseado nessa justificativa que Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) foi criado. E como passo na construção de um instrumento, para atender a essa demanda, no que se propõe à avaliação da percepção de suporte familiar, é imprescindível seguir os passos para garantir a qualidade da medida criada.

A avaliação psicológica inclui dentre suas formas de se avaliar um indivíduo, o uso de testes psicológicos, que são medidas objetivas e uniformizadas de uma amostra do comportamento. Conceitos de parâmetros dos itens (processos de elaboração e análise dos itens) e parâmetros do teste (fidedignidade ou precisão e validade) mostram-se importantes na construção de um teste, pois estabelecerão a qualidade, e segurança na utilização destes instrumentos de medida (Alchieri, Noronha & Primi, 2003; Anastasi & Urbina 2000; Cronbach, 1996).

De acordo com Cronbach (1996), a análise de itens para a estimação de parâmetros torna-se parte fundamental do processo de construção dos testes, pois os decompõem nos seus aspectos mais elementares, permitindo uma apreciação mais sensata sobre quais itens melhores representam o construto que o instrumento pretende medir, e quais podem ser rejeitados. Essa análise dos itens é primordial e antecede a análise dos parâmetros do teste, que são a fidedignidade ou precisão e validade.

A fidedignidade ou precisão dos testes refere-se à estabilidade ou ao grau de consistência dos resultados, e sendo assim, quanto mais próxima for a correlação entre os escores de um teste medido em situações diferentes, maior será sua precisão. O conceito de precisão ainda é interpretado por uma relação estabelecida com o erro de medida, uma vez que o resultado de um teste pode não ser o mesmo em duas situações diferentes, então se diz que a diferença pode ser em virtude do erro (Anastasi & Urbina 2000; Cronbach, 1996).

A validade de uma prova ou teste é correspondente ao grau com que um teste mede aquilo que ele se propõe a medir, ou seja, não se refere apenas ao que ele mede, e se mede, mas também a quão bem ele o faz. No entanto, não se deve identificar um tipo de validade como uma característica específica atribuída a cada tipo de instrumento, o desejável seria que um mesmo instrumento fosse submetido aos vários processos de verificação de validade. Na atualidade, são buscadas evidências de validade nos testes e não tipo de validade do teste, já que validade é um conceito único. Não se afirma que um teste é válido, mas sim que ele possui evidências de validade para a interpretação de um tipo de resultado, como descritor do construto psicológico que o teste pretende avaliar (Anastasi & Urbina 2000).

Enquanto conceito psicométrico que tem como função confrontar as interpretações que são feitas a partir dos resultados dos testes psicológicos, a validade é entendida como sendo o grau com que evidências teóricas ou empíricas sustentam as interpretações que são feitas a partir dos escores dos testes. Sendo assim, pode-se dizer que um teste psicológico é válido em determinadas circunstâncias que descrevem um tipo específico de uso, para as quais os dados teóricos ou empíricos encontraram sustentação para suas interpretações. E quando um instrumento não possui evidências de validade, não há segurança de que as interpretações sugeridas são legítimas, pois não se sabe o que o instrumento avalia realmente. (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & National Council on Measurement in Education [NCME], 1999).

As evidências buscadas em pesquisas que avaliam a validade dos testes são divididas em cinco categorias: 1) evidências baseadas no conteúdo, que buscam a representatividade dos itens do teste, investigando se eles se constituem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o teste; 2) evidências baseadas nas relações com outras variáveis, que buscam os padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que meçam o mesmo construto

ou construtos relacionados e com variáveis que meçam construtos diferentes; 3) evidências baseadas na estrutura interna, um procedimento que se constitui em fonte de validade para as interpretações de um teste; 4) evidências baseadas no processo de resposta, que buscam os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste e atribui significado psicológico para a realização correta do item a partir das relações entre seus componentes cognitivos; e 5) evidências baseadas nas conseqüências da testagem, que examinam as conseqüências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está tendo os efeitos desejados de acordo com os objetivos para o qual foi criado (AERA, APA & NCME, 1999).

Já foram concluídos dois estudos de validação com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF (o mesmo instrumento para o qual se busca evidência de validade na atual pesquisa), como se seguem: a) evidências de validade entre o suporte familiar, suporte social (Questionário de Suporte Social – SSQ) e autoconceito (Inventário de Esquemas do Gênero de Autoconceito - IEGA), indicando que os indivíduos que percebem o suporte social e familiar como satisfatório apresentam características tidas como positivas, como simpatia, sociabilidade, maturidade, honestidade, responsabilidade, facilidade de expressar sentimentos, ao passo que a não percepção desses suportes, refletem instabilidade emocional, insegurança, inibição, agressividade, impulsividade e dificuldade de expressar sentimentos (Rigotto, 2006); b) evidências de validade entre a percepção de suporte familiar e os traços de personalidade (Modelo dos Cinco Grandes Fatores – *Big Five*), indicando que a percepção de um adequado suporte familiar está ligada a características da personalidade, tais como agradabilidade, sociabilidade, cuidabilidade, expressividade de carinho verbal e não-verbal, responsabilidade, dentre outros, e a percepção negativa do suporte familiar, associam-se à características de ansiedade, instabilidade emocional, dificuldade em expressar carinho, e tendência a sentimentos

confusos (Santos, 2006). Ambos os estudos mostraram que para as relações estudadas, o IPSF se apresenta como instrumento adequado e confiável para avaliação da percepção de suporte familiar.

Na presente pesquisa, segundo as denominações da AERA, APA e NCME (1999), pretende-se buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, procurando os padrões de correlação entre os escores do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), medida que avalia o suporte familiar, com variável que mede um construto diferente, no caso, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), que avalia a saúde mental. Como resultado, espera-se que o suporte familiar esteja associado com a saúde mental.

4 SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL

O suporte tem início desde os primeiros anos de vida, é reconhecido melhor nos primeiros contatos com seus cuidadores, especialmente da maneira que o bebê é mantido (apoiado). À medida que o tempo passa, o suporte se origina cada vez de outros membros da família, daí então dos colegas de trabalho e da comunidade, e talvez, em caso de necessidade especial, de um membro cuja sua profissão é de assistência social e de ajuda humana. À medida que o fim da vida se aproxima, o apoio social, em determinadas culturas, outra vez se origina principalmente de membros da família (Cobb, 1976).

Dentre as configurações grupais, a família parece ser uma importante fonte de relações que contribui na produção de saúde ou doença. Para Féres-Carneiro (1996), no grupo familiar é possível que haja uma pré-disposição à enfermidade mental, acarretando regressão, desintegração e ruptura na comunicação, porém, quando são cumpridas as funções familiares primordiais, tais como proteção, afeição, autonomia, formação social, a possibilidade existente é a de um potencial de promoção à saúde. O suporte adequado oferecido pela família aos seus membros favorece a superação das crises vitais, da desestabilização que tais crises acarretam (Castro, Campero & Hernández, 1997).

Muitos estudos tratam das relações familiares, especificamente das atitudes dos pais com relação aos filhos, e também do cumprimento de funções familiares, enquanto apontadores de saúde ou psicopatologias (Baptista & Oliveira, 2004; Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Kashani, Canfield, Borduin, Soltys & Reid, 1994; Martins, Costa, Saforcada & Cunha, 2004; Organização Mundial de Saúde, 2001;

Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998; Parker, 1979; Parker, Tupling e Brown, 1979; Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003).

Em um estudo de correlação, Baptista e Oliveira (2004) avaliaram a sintomatologia de depressão e o suporte familiar em adolescentes. Participaram da pesquisa 154 adolescentes do ensino médio de uma escola pública. Foi utilizado um questionário de caracterização, contendo fatores de risco para depressão, além do Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o *Parental Bonding Instrument* (PBI), que avalia basicamente dimensões de carinho e superproteção dos pais. Como resultado, o suporte familiar esteve negativamente correlacionado com a sintomatologia depressiva, indicando que, quanto maior a sintomatologia depressiva no adolescente, mais inadequada é a sua percepção do suporte familiar recebido.

A qualidade das relações adolescentes-pais que começa na infância se estende no autoconceito adquirido na adolescência, relações entre amigos, e procura evitar comportamentos de alto risco e outros problemas psicológicos (Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003). A família assume um papel particularmente importante em fornecer oportunidades para o suporte para as pessoas jovens. Entretanto, uma família suportiva se reflete não apenas pelo grau de ligação social familiar, mas também pelas oportunidades que a mesma oferece quanto aos seus suportes dentro da comunidade. O acesso limitado às relações suportivas dentro da família, combinado com o envolvimento restrito com os suportes da comunidade, tem sido associado especificamente aos jovens que são deprimidos (Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998).

O relacionamento que os pais ou cuidadores estabelecem com a criança durante a infância é de suma importância. O afeto, a atenção e o cuidado constante dispensado permite que a criança se desenvolva normalmente. Já a não transmissão destes cuidados pode aumentar a probabilidade desta criança de manifestar distúrbios mentais e comportamentais, tanto durante a infância quanto em outras fases posteriores da vida (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Quanto mais resistente for o indivíduo perante aos eventos estressantes da vida, mais ele estará associado às características de afeto recebido no início de sua vida. O afeto é construído na memória da criança e pode protegê-la dos estressores internos e externos. O afeto inseguro é uma vulnerabilidade central para a criança que cresce e pode levar também a problemas sociais. Além da resiliência, o afeto inicial na vida fornece uma base para o domínio das tarefas de desenvolvimento e a competência nas relações entre os amigos, trabalho acadêmico e autocontrole (Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003).

Evidências científicas indicam que altos níveis de controle, especialmente a afirmação do poder (demandas acompanhadas por freqüente punição física), podem ter conseqüências prejudiciais para a criança. Assim, a concepção de controle tem sido distinguida de duas formas: a primeira forma de controle proporciona estrutura ao indivíduo, baseia-se em padrões racionais para o comportamento infantil, envolvendo comunicação e encorajando a criança a se desenvolver, ser independente, cooperar e conviver em sociedade; a segunda forma combina rigidez com cumprimento de regras fixas com pobre fundamento, desencorajando o desenvolvimento de atributos positivos na criança (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

As estruturas familiares para suporte e adaptabilidade se refletem na oportunidade de interação entre os familiares e a oportunidade de crescimento pessoal por meio de interações com os suportes sociais. Enquanto a família assegura uma influência direta sobre as pessoas jovens em todo seu desenvolvimento, as trocas se dão por intermédio da influência da familiar. As crianças mais jovens são dependentes mais diretamente dos pais para o controle emocional e comportamental e no início, a ligação social é representada pelo grau em que os pais e os outros dentro da família interagem com a criança. À medida que a criança vai se desenvolvendo, a família continua a ser um instrumento na expansão da rede social da pessoa jovem por meio da

participação nos eventos culturais, comunitários, e recreacionais. A participação da família nestes suportes comunitários aumenta na medida em que a criança vai ficando mais velha e é mais prevalente quando a criança se aproxima da adolescência. Em toda a adolescência, há uma diminuição da influência parental coincidindo com o aumento da influência dos colegas. Após a idade de 16 anos, os jovens cada vez mais apresentam autonomia situacional de ambos os pais e colegas. Portanto, os recursos familiares de suporte e adaptabilidade podem estar ligados mais diretamente ao bem estar psicológico nas crianças mais jovens e podem representar um recurso menos potente de estresse nos anos posteriores da adolescência (Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998).

Extrema frieza, abertura à hostilidade, ou rejeição por cuidados freqüentemente contribuem para o estresse emocional da criança. Em contraste, altos níveis de cuidado são associados com crianças que tem elevada auto-estima, condescendente com demandas de cuidado, internalização de padrões morais, competência cognitiva e ajustamento social (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

Em um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, envolvendo 634 crianças e suas respectivas mães, investigou-se fatores associados à qualidade do ambiente e características das crianças expostas. Além de questionários que avaliaram variáveis demográficas, socioeconômicas, raciais, história reprodutiva da mãe e configuração familiar, foram utilizados o *Home Observation for the Measurement of the Environment (HOME)*, para medir a qualidade e a quantidade de apoio social, emocional e cognitivo disponível para a criança em seu ambiente familiar, e o *Self-Reported Questionnaire of Minor Psychiatric Disorders (SRQ-20)*, para avaliar os transtornos psiquiátricos menores das mães. Foi constatado que 97% das crianças viviam em ambiente negativo. Oito fatores de risco associaram-se à qualidade do ambiente, são eles: baixa escolaridade materna, baixa renda mensal, sexo masculino da criança,

uso de tabaco na gestação, casas com mais de sete residentes, número de irmãos maior ou igual a quatro, crianças que dormem na cama dos pais aos quatro anos e mães com presença de transtornos psiquiátricos (Martins, Costa, Saforcada & Cunha, 2004).

Parker, Tupling e Brown (1979) postularam que os pais que são afeiçoados e empáticos permitem que o filho tenha uma maior auto-estima e isso proporciona proteção contra a depressão na fase adulta. Os autores explicam que a superproteção está relacionada à depressão por meio da inibição da autonomia e a competência social. Ao desencorajar a independência e nutrir uma expectativa de que as conseqüências não dependem de respostas, o abandono e a depressão são providos quando são enfrentados os fatores de estresse.

Utilizando uma medida de relato de cuidado e superproteção dos pais (*Parental Bonding Instrument – PBI*), pacientes de dois tipos de desordem depressiva foram comparados com um grupo controle. Tanto os pacientes com desordens maníacas-depressivas como os neuróticos depressivos relataram baixo cuidado dos pais e grande superproteção materna. Experiências depressivas no grupo não-clínico foram negativamente associadas com baixo cuidado dos pais e fracamente associada com superproteção dos pais (Parker, 1979).

Kashani, Canfield, Borduin, Soltys e Reid (1994) investigaram a relação da percepção familiar em crianças e o suporte social para o comportamento de desesperança destas. Participaram dessa pesquisa 100 crianças pacientes psiquiátricas que responderam uma série de medidas de auto-relato, incluindo o *Social Support Questionnaire-Self Report*, a *Scale of Independent Behavior*, e a *Hopelessness Scale for Children*. Crianças com baixo nível de suporte familiar e social mostraram-se mais desatentas, ofensivas e não-cooperativas. Em adição, crianças que relataram menos pessoas suportivas em suas vidas apresentaram alto nível de desesperança. Estes dados enfatizam a conexão entre sistemas de suporte social, psicopatologia e desesperança. Esses relacionamentos poderiam indicar que crianças necessitam sentir que estão

sendo cuidadas e acolhidas por algum tipo de suporte, e que isso serviria então para diminuir as probabilidades dessas desenvolverem sérios problemas psicopatológicos e sentimentos de desesperança.

Problemas na infância que consistem em práticas pobres de cuidado, tais como estresse emocional e problemas de conduta, são fortes preditores de desordens mentais na idade adulta. Achados como tais sublinham porque a compreensão da dinâmica familiar é uma base importante para desenvolver programas de prevenção e intervenção para desordens mentais (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, de que as relações estabelecidas entre pais e filhos, no que tange ao provimento de suporte familiar, estão associadas de alguma forma ao desenvolvimento de psicopatologia, vários estudos especificam essas desordens. Estudos tratam do relacionamento entre pais e filhos associados à desordem de personalidade *borderline* (Goldberg, Mann, Wise & Segall, 1985), à neurose obsessiva-compulsiva (Ehiobuche, 1988), aos distúrbios alimentares (Humphrey, 1989; Rhodes & Kroger, 1992; Williams, Chamove & Millar, 1990), às fobias e desordens de pânico (Favarelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu & Rivelli, 1991), à esquizofrenia (Brady & McCain, 2004; López, Nelson Hipke, Pólo, Jenkins, Karno, Vaughn & Snyder, 2004; Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone & Maj, 2005) e ao suicídio (Martin, Rozanes, Pearce e Allison, 1995; Montiel, Peña & Nava, 2003; Morano, Cisler & Lemerond, 1993; Organização Panamericana da Saúde, 2003).

Goldberg, Mann, Wise e Segall (1985) exploraram a contribuição das qualidades dos pais no relacionamento com seus filhos para as desordens de personalidade *borderline*. O *Parental Bonding Inventory* (PBI) foi utilizado para comparar quatro qualidades dos pais (cuidado materno, cuidado paterno, superproteção materna e superproteção paterna) entre três grupos (pacientes com desordem de personalidade, pacientes psiquiátricos e não-pacientes). Os pacientes

borderlines perceberam os pais deles/delas como significativamente menos atenciosos e mais superprotetivos que os outros dois grupos. A identificação de características parentais que antecedem desordens mentais pode ser um importante passo na criação de intervenções preventivas primárias para desordens de adulto.

Ehiobuche (1988) comparou sujeitos com neurose obsessiva-compulsiva obtidos de uma amostra clínica com sujeitos obtidos de população de estudantes normais em sintoma, característica, resistência e interferência na escala *Modified Leyton Obsessional Inventory*. Pacientes com neurose obsessiva-compulsiva de três culturas étnicas diferentes (gregos, italianos e anglo-australianos) constantemente taxaram os pais deles/delas como mais rejeitadores e superprotetivos e menos emocionalmente calorosos nas práticas de relacionamento com suas crianças quando comparados com sujeitos controles normais.

Williams, Chamove e Millar (1990) partiram do pressuposto que pacientes com desordem alimentar se percebem como altamente controlados pela família e pela sociedade, mas que eles não mostram comportamento assertivo frente a esse controle. Assim, compararam mulheres anoréxicas e bulímicas com pacientes psiquiátricas em função do locus de controle, assertividade, hostilidade intimamente dirigida, controle familiar e encorajamento familiar de independência. Pacientes com desordens alimentares informaram controle significativamente mais externo, hostilidade intimamente dirigida, menos assertividade e menos encorajamento por parte da família para independência e também no controle de dietas.

Rhodes e Kroger (1992) exploraram fatores interpessoais e intrapsíquicos associados com desordens de alimentação em mulheres adolescentes. Examinaram características dos pais percebidas e resolução do processo de separação-indivuação por ambos sujeitos, com desordens alimentares e sem desordens alimentares. As participantes foram 20 adolescentes do sexo feminino com desordens de alimentação e 20 livres dessa desordem, todas elas estudantes

universitárias. Todas elas receberam o *Eating Disorder Inventory*, o *Parental Bonding Inventory* e o *Separation-Individuation Test of Adolescence*. As adolescentes com desordem de alimentação informaram níveis significativamente mais altos de superproteção materna durante a infância e tiveram níveis significativamente mais altos de ansiedade de separação e baixos escores de separação saudável quando comparadas com as estudantes livres das desordens de alimentação.

Humphrey (1989) comparou observações de interações familiares entre famílias anoréxicas, bulímico-anoréxicas, bulímicas, e normais. Um total de 74 tríades familiares participaram, incluindo pai, mãe, e a filha adolescente. Especificamente, pais de anoréxicas comunicaram afetos ambivalentes em relação às necessidades das filhas para expressar os sentimentos. Filhas anoréxicas, em troca, eram ambivalentes na descoberta de sentimentos próprios e demonstravam submissão aos pais.

Favarelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu e Rivelli (1991) avaliaram 32 pacientes com diagnóstico de desordem do pânico quanto à prática de respostas dos seus pais utilizando o *Parental Bonding Instrument* (PBI). Comparados com 32 controles saudáveis emparelhados, os pacientes com desordem do pânico apontaram ambos seus pais como sendo significativamente menos atenciosos e mais superprotetivos.

Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone e Maj (2005) exploraram carga e redes sociais em famílias de pacientes com esquizofrenia ou uma doença física a longo prazo. A amostra do estudo consistiu em 709 parentes de pacientes com um diagnóstico de esquizofrenia e 646 parentes de pacientes com doenças físicas. Cada parente preencheu o *Family Problems Questionnaire* (FPQ) e o *Social Network Questionnaire* (SNQ). Apoio social e ajuda em emergências relativas ao paciente foram dramaticamente baixos entre parentes de pacientes com esquizofrenia que entre pacientes com doenças físicas. Os resultados deste estudo realçam a necessidade de proporcionar às famílias de doentes a longo prazo, intervenções suportivas,

enquanto incluindo: (a) a administração das reações psicológicas de parentes para a doença do paciente; (b) a provisão de informação na natureza, curso e resultado da doença de paciente; (c) treinamento para os parentes na administração dos sintomas do paciente; e (d) o reforço das redes sociais de parentes, especialmente no caso de esquizofrenia.

López, Nelson Hipke, Pólo, Jenkins, Karno, Vaughn e Snyder (2004) examinaram o papel de fatores familiares e o curso de esquizofrenia. Atribuições de controle, crítica, e falta de proximidade afetiva predisseram recaída. Os dados também indicaram que para americanos mexicanos, proximidade afetiva familiar é um fator protetor significativo, considerando que para americanos Anglos, crítica familiar é um fator de risco significativo. Estes resultados sugerem que o contexto sociocultural amolde os caminhos pelos quais são relacionados processos familiares ao curso da doença. Além disso, os resultados da proximidade afetiva sugerem que as famílias possam contribuir e prevenir a recaída.

Brady e McCain (2004) revisaram estudos relacionados às respostas familiares e ambiente emocional de famílias que têm um membro com esquizofrenia. As conseqüências emocionais, sociais, e financeiras experimentadas por indivíduos com esquizofrenia têm efeitos significantes nas famílias deles/delas. Familiares que tem um integrante com esquizofrenia sofrem com a carga de cuidados, incerteza sobre curso da doença, falta de apoio social, e estigma. Estudos encontraram resultados sobre famílias nas quais os pais são hostis, críticos, ou envolvidos demais e a discussão gira em torno da contribuição deste ambiente negativo na recaída de paciente.

Ideação suicida refere-se a pensamentos acerca de suicidar-se, ao sentimento de estar cansado da vida, à crença de que não vale a pena viver e ao desejo de não despertar do sono. Esses sentimentos, ou ideações, diferentes, expressam distintos graus de gravidade, não existindo necessariamente uma continuidade entre eles. Em adição, a intenção de morrer não é um critério necessário para o comportamento suicida não mortal (Organização Panamericana da Saúde,

2003). Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995) investigaram associações entre percepções da dinâmica familiar, depressão e pensamentos e tentativas de suicídio em adolescentes. Além dos instrumentos utilizados para medir depressão (Beck Depression Inventory – BDI) e disfunção familiar (McMaster Family Assessment Device – FAD), os estudantes foram questionados sobre pensamentos, planejamento e tentativas suicidas e experiências de vida. A análise dos dados indicou que a disfunção da família influencia indiretamente os pensamentos, comportamentos de suicídio e a sintomatologia depressiva.

Um outro estudo investigou a associação entre desesperança, perdas, suporte social e adolescentes pacientes psiquiátricos que tiveram sérias tentativas de suicídio. A desesperança, como faceta da depressão, é melhor preditora da intenção suicida que a depressão global. Especificamente neste estudo, as ideações suicidas estiveram altamente correlacionadas com as tentativas de suicídio. Experiências de perda e baixo suporte familiar foram os melhores preditores de tentativas de suicídio nos adolescentes. O valor do suporte familiar como protetor frente às vulnerabilidades é sugerido. Nesse caso, o baixo suporte dos membros da família poderia aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes frente aos eventos estressantes, tais como perdas (Morano, Cisler & Lemerond, 1993).

Suicídio é mais freqüente nas pessoas solteiras, separadas e/ou divorciadas ou viúvas. O fato de estar casado, especialmente quando existem filhos, parece funcionar como um fator protetor frente ao suicídio. Da mesma forma que problemas de relação, insegurança, tendência ao isolamento, ou problemas matrimoniais, atuam como fatores precipitantes ou explicativos para o suicídio. Isso explica porque 60% das pessoas entrevistadas que tentaram suicídio, apontaram como causas ou motivos, conflito com o par, incluindo rompimento ou abandono, o que repercutiu na pessoa fazendo-a sentir que está só ou abandonada e que nada pode remediar essa situação. Conflitos no núcleo familiar também podem desencadear ou precipitar o suicídio em

adolescentes, tais como divórcio e/ou morte dos pais. Famílias muito conflitivas e disfuncionais podem produzir mais estresse, funcionando de forma precária como fonte de apoio e sustento emocional, podendo constituir um dos motivos que levam uma pessoa a cometer suicídio (Montiel, Peña & Nava, 2003).

Uma outra perspectiva abordada em alguns estudos é a do ambiente familiar considerado ora como ambiente estressor, ora como ambiente suportivo, uma vez que o funcionamento da dinâmica familiar influenciará nos processos de saúde e doença mental. Assim, a família tanto pode constituir-se numa fonte produtora de estresse, como pode servir de suporte para seus membros na adaptação frente a outros estressores (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Bastien, Vallières & Morin, 2004; Campos, 2004; Castro, Campero & Hernández, 1997; Cobb, 1976; Faubert, Forehand, Thomas & Wierson, 1990; Feres-Carneiro, 1992; Kinsman, Wildman & Smucker, 1999; Orth-Gomér, Wedel & Wilhelmsen, 1993; Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998; Rosengreen, Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003; Rutter, 1987; Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

A família é considerada ao mesmo tempo, fonte mais importante de suporte e fonte mais importante de estresse para seus membros, influenciando poderosamente nos processos de saúde e doença. É na família que o suporte se configura de maneira mais consistente, e talvez por isso, as crises que atingem o sistema familiar são estressantes. O estresse vivenciado na família está ligado ao comportamento, à necessidade e à personalidade de cada membro da família que têm impacto e interage com os outros membros do sistema familiar algumas vezes produzindo estresse. Os conflitos interpessoais podem vir de diversas fontes, tais como problemas financeiros, comportamentos imprudentes e objetivos opostos (Campos, 2004).

A formação da saúde mental dos membros de uma família depende de como se configura a dinâmica familiar no grupo, cujo funcionamento pode ser facilitador ou dificultador (Feres-

Carneiro, 1992). A percepção e o recebimento dos suportes sociais, incluindo o familiar, pelas pessoas, são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações estressantes, na promoção de benefícios nos processos fisiológicos (sistema endócrino, cardiovascular e imunológico) e no alívio dos estresses físico e mental. (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser, 1996).

As relações sociais formadas por familiares podem moderar o estresse em seus membros, funcionando como amortecedor frente aos problemas de saúde experienciados. O apoio oferecido pela família facilita o indivíduo a lidar com crises e a se adaptar às mudanças, sendo um importante componente do processo psicoterapêutico. A conclusão de que as interações de apoio entre as pessoas é importante, não é nova. O que há de novo é a construção de sólida evidência que o suporte social, incluindo o familiar, é adequado para proteger as pessoas em situações de crise proveniente de vários estados patológicos desde o nascimento até a morte. Além disso, esse suporte pode reduzir a quantidade de medicação requerida e acelerar a recuperação facilitando a cooperação do paciente com os regimes médicos prescritos (Cobb, 1976).

Um dos efeitos benéficos do suporte se dá por meio da promoção do comportamento de cooperação por parte do paciente doente. Há uma grande quantidade de evidências muito consistentes que apontam para o fato que pacientes que não estão socialmente isolados e são bem apoiados, são bons pacientes, permanecem no tratamento e seguem orientações médicas. Sabe-se que a família influencia no controle da doença, no que tange à adesão ao tratamento, seguimento das dietas recomendadas e participação em programas regulares de exercícios físicos (Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003).

O suporte social de um modo geral associa-se com a saúde. Em parte, por um modelo denominado efeito direto, que postula que o suporte social favorece os níveis de saúde

independentemente dos níveis de estresse do indivíduo. Esse apoio tem como efeito, o acréscimo de bem-estar emocional e físico aos indivíduos, diminuindo a probabilidade de efeitos negativos em tais domínios. Por outra parte, por um modelo denominado amortecedor, que postula que o suporte social protege o indivíduo dos efeitos patogênicos dos eventos estressantes. Nesse modelo o apoio tem função mediadora em relação ao estresse e enfermidade, permitindo aos indivíduos enfrentar a situação estressante (Castro, Campero & Hernández, 1997).

O conflito entre casais resulta em redução da proximidade emocional entre os filhos e os pais e a ausência de cuidados sugere que a perda de um dos pais e o conflito entre os pais pode agir por intermédio de mecanismos semelhantes. As mudanças na economia familiar após a perda de um dos pais e a redução associada à educação e a outras oportunidades sociais podem funcionar como mecanismos pelos quais há aumento de riscos para a saúde dos filhos. Por fim, estabelece-se a hipótese que a vulnerabilidade genética e a instabilidade conjugal aumentam os riscos de ocorrer uma psicopatologia e disfunção social (Faubert, Forehand, Thomas & Wierson, 1990). A discórdia familiar tem sido identificada como um fator de vulnerabilidade, e ao mesmo tempo uma boa relação entre pais e filhos identificada como fator protetivo frente aos eventos estressantes de vida (Rutter, 1987).

Procurou-se determinar se as interações entre o clima familiar não suportivo e um conjunto específico de crenças negativas (erros cognitivos) variariam com a idade na previsão da depressão em pessoas jovens. Durante a transição entre o final da infância e o início da adolescência, as crenças negativas podem compor o efeito de uma família não suportiva, e as considerações familiares contribuem de maneira única e aditiva para aumentos no nível de depressão. Com respeito às crianças mais jovens, os níveis mais elevados de erros cognitivos resultaram em níveis mais altos de depressão, com aumentos adicionais de depressão correspondendo a aumentos no nível de falta de suporte familiar. Entretanto, com a família não

suportiva, também foi possível para as crianças mais jovens experimentar igualmente os níveis elevados de erros cognitivos (Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998).

O estudo de Kinsman, Wildman e Smucker (1999) mediu as associações entre os relatos dos pais sobre o funcionamento dos filhos, deles mesmos e da família de indivíduos na população geral. Os participantes eram 226 pais de crianças com idades de 2 a 16 anos, que apresentavam para a rotina de cuidados primários. Os pais relataram o funcionamento psicossocial deles mesmos, dos seus filhos e de sua família. Semelhante aos dados provenientes das amostras psiquiátricas, o funcionamento psicológico das crianças, dos pais, e das famílias esteve significativamente correlacionado.

Rosengreen, Orth-Gomér, Wedel e Wilhelmsen (1993) estudaram a correlação entre eventos estressantes, mortalidade e suporte social. Participaram desse estudo, 752 homens de 50 anos de idade, e após 7 anos foram registradas 41 mortes. A maior ocorrência de eventos estressores esteve correlacionada com a mortalidade e o suporte social foi visto como protetor, diminuindo a mortalidade. Um foco interessante nesse estudo é o fato de que o ambiente familiar pode ser considerado tanto como um ambiente estressor, como um ambiente de suporte. Sendo assim, o núcleo familiar tanto pode gerar conflitos, como pode atuar como força resistente frente aos estressores.

Os eventos de vida negativos têm sido considerados como preditores da insônia, assim como os distúrbios psicopatológicos sérios, fisiológicos e hereditários. Um total de 345 pacientes avaliados para a insônia e problemas do sono responderam à um levantamento sobre o sono e a uma entrevista semi-estruturada. Como parte da avaliação, os eventos de vida específicos precipitadores da insônia foram identificados. Subsequentemente, esses fatores foram categorizados (trabalho-escola, família, doença física e psicopatológica, ou indeterminado), e sua valência afetiva (negativa, positiva ou indeterminada) foram codificadas. O fator mais comum

precipitador da insônia foram os eventos relatados para a família, saúde, e trabalho-escola. Um total de 65% dos eventos precipitadores tiveram valência negativa. Para a categoria família, os resultados foram parcialmente coniventes com a literatura pesquisada, uma vez que os eventos sugeridos nesta foram dificuldades no casamento, divórcio, ou separação, ou morte da pessoa amada, considerando as relações disfuncionais entre os membros da família (Bastien, Vallières & Morin, 2004).

Muitos estudos tratam da associação entre suporte familiar, estrutura familiar e funcionamento psíquico. A grande maioria desses estudos enfatiza a falta de suporte familiar e/ou a desintegração ou mudança na estrutura familiar relacionando-os com o desenvolvimento de distúrbios mentais, principalmente a depressão (Amato & Keith, 1991; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Barret & Turner, 2005; Bassuk, Mickelson, Bissel & Perloff, 2002; Bemporad & Romano, 1993; Bifulco, Brown & Harris, 1994; Bron, Strack & Rudolph, 1991; Heim & Nemeroff, 2001; Kendler, Neale, Keesler, Heath & Eaves, 1992; Knugi, Sugawara, Aoki, Nanko, Hirose & Kazamatsuri, 1995; Landerman, George & Blazer, 1991, Luecken, 2000; Lynskey & Fergusson, 1997; Marks, 2006; McFarlene, Bellissimo & Norman, 1995; McLeod, 1991; Patten, 1991).

Em um estudo de revisão, Baptista, Baptista e Dias (2001), estudaram a estrutura e o suporte familiar como fatores de risco para a depressão em adolescentes. Os autores ressaltam que não se pode pensar em uma causa específica para o desenvolvimento da depressão, que é multifacetária, sendo influenciada por fatores biológicos/ genéticos, psicológicos e sociais. Porém, as rápidas mudanças sociais familiares, no que tange às mudanças na composição, estrutura física e conseqüentemente nas regras e papéis da família, acabam por colaborar com a prevalência de depressão na população adolescente. A família ainda deve ser considerada como amortecedora frente aos eventos estressantes, enfrentados no cotidiano de adolescentes.

O estudo de McFarlene, Bellissimo e Norman (1995) avaliou a associação entre a estrutura familiar, a integração familiar e o bem estar dos filhos na adolescência, estabelecendo o contraste de famílias intactas com aquelas que foram afetadas por alguma mudança. Foi feita uma pesquisa com 810 estudantes de 11 escolas de um único sistema educacional. Os resultados indicaram que a configuração familiar não foi o principal fator determinante na eficiência da parte funcional da família. Em vez disso, a maneira como os pais tratam os filhos foi considerado o fator determinante para a integração familiar e o bem estar dos adolescentes. Os cuidados da mãe e do pai foram associados à integração familiar saudável ao passo que a superproteção foi negativamente associada a este resultado. As famílias nas quais houve morte de um dos pais pareceram funcionar (integrar-se) tão bem como as famílias cujos pais estavam sempre presentes, mais uma vez ressaltando a idéia que a função familiar não é determinada pela estrutura. No entanto não está bem estabelecida ainda a inexistência da associação entre saúde mental e estrutura familiar.

Bassuk, Mickelson, Bissel e Perloff (2002) investigaram o papel de vários membros da família, diferenciando os pais e os filhos, e descobriram que a relação com os irmãos proporcionou resultados positivos para a saúde mental (freqüentemente mais forte que a relação com os pais). Em algumas famílias pobres que compuseram a amostra, as relações entre irmãos podem ter assumido um nível maior de importância por causa das rupturas na família de origem e a falta compreensível de uma criação consistente por parte dos pais, resultando no estresse inevitável associado à pobreza. Quando os adultos são incapazes de fornecer proteção, segurança, e alimentação, os irmãos podem recorrer uns aos outros.

Determinadas experiências infantis, como maus-tratos emocionais por parte dos pais ou cuidadores, exposição a múltiplos episódios de perda dos pais, por separação ou por morte, podem levar a prejuízos duradouros para o desenvolvimento das crianças e adolescentes, com

manifestações na vida adulta (Heim & Nemeroff, 2001). Bemporad e Romano (1993), revisando 17 estudos acerca de experiências infantis e depressão na vida adulta, encontraram um alto grau de disfunções nas histórias infantis de pacientes deprimido, quando comparados aos controles. Finalmente, maus-tratos na infância, como rejeição e falta de afeto, foi mais vigorosamente correlacionado com depressão adulta.

Patten (1991), em uma meta-análise, reuniu dados de 2.432 sujeitos, encontrando que, em relação ao sexo feminino, houve uma significativa associação entre a perda de um dos pais antes dos 11 anos e depressão; e que perder a mãe mais cedo ainda poderia representar um duplo risco para depressão. Houve uma prevalência significativamente mais alta de perda na infância entre os indivíduos com depressão do que entre os indivíduos que não sofriam de depressão.

Sobre esta questão destaca-se o trabalho de Bron, Strack e Rudolph (1991) que estudaram 328 pacientes com depressão, desordem distímica ou desordem de ajuste com humor deprimido. Eles foram questionados sobre perdas sofridas na infância por morte de um ou ambos os pais e também por divórcio dos pais com pelo menos um ano de separação. Não houve estatísticas significativas entre experiências de perda na infância e tipo de depressão, sexo e idade. Porém foi encontrado um aumento na prevalência de tentativas de suicídio naqueles pacientes com experiências de perdas na infância, tanto por separação quanto por morte, sendo que o aumento da tendência suicida foi atribuído principalmente à perda do pai.

Landerman, George e Blazer (1991) estudaram a vulnerabilidade de adultos para desordens psiquiátricas diante da separação dos pais antes dos 10 anos de vida, devido a divórcio ou morte e diante da presença de doença mental nos pais durante os primeiros anos da infância. Os dados obtidos foram de uma amostra estratificada composta por 3801 adultos. Os resultados sugerem que a presença de doença mental em um dos pais aumenta a probabilidade dos eventos de vida estressantes resultarem em depressão, porém ainda está obscuro se esse aumento se deve

a fatores ambientais ou genéticos. A separação por divórcio dos pais associada com os eventos de vida estressantes apontam para o aumento da vulnerabilidade para problemas psiquiátricos e alcoólicos. E a separação por morte de um dos pais não interage com eventos de vida estressantes no sentido de afetar a probabilidade de problemas psiquiátricos.

McLeod (1991) concluiu que a perda por divórcio estava relacionada mais fortemente com as conseqüências negativas na vida adulta do que a perda por morte. Estas correlações eram mais fortes nas mulheres do que nos homens. Ainda, a morte de um cônjuge demonstrou aumentar a probabilidade do outro ficar doente ou morrer, já que viúvos que não se casaram novamente mostraram maiores taxas de mortalidade comparando-se com os que se casaram.

Kendler, Neale, Keesler, Heath e Eaves (1992) examinaram a relação entre perda dos pais antes dos 17 anos e psicopatologia na idade adulta. Essa relação variou de acordo com o tipo de perda (por separação conjugal ou morte dos pais) e de acordo com a forma de psicopatologia. A perda dos pais por separação conjugal associou-se principalmente com maior risco para depressão e ansiedade generalizada. Já a perda por morte da mãe especificadamente relacionou-se ao maior risco para transtorno do pânico e perda por morte dos pais, tanto morte materna como morte paterna, associou-se ao risco maior para fobias.

Em uma amostra japonesa composta por 122 pacientes internados com quadro de depressão unipolar e 94 que nunca estiveram deprimidos foi comparada a ocorrência de perda dos pais por morte e por separação conjugal antes dos 17 anos de idade. A perda por morte materna foi significativamente mais comum em depressivos que no grupo controle. E a perda por separação dos pais teve tendência aumentada no grupo deprimido (Knugi, Sugawara, Aoki, Nanko, Hirose & Kazamatsuri, 1995).

Luecken (2000) estudou a associação entre perda por morte de um dos pais, sentimentos de hostilidade, depressão, suporte social e qualidade das relações familiares em adolescentes.

Participaram dessa pesquisa 30 estudantes universitários que experimentaram a morte de um dos pais antes dos 16 anos, e 31 estudantes em condição controle. Foram utilizados questionários para medir o suporte social (*The Interpersonal Support Evaluation*), a hostilidade (*Cook Medley Hostility Scale*), a depressão (*Beck Depression Inventory*) e a qualidade das relações familiares (*Moos Family Environment Scale*). Aqueles com perda de um dos pais apresentaram altos escores de hostilidade, maior intensidade de sintomas depressivos e menor suporte social apenas quando apresentavam pobres relações familiares atuais.

Amato e Keith (1991) fizeram uma meta-análise envolvendo 92 estudos que compararam o bem-estar de crianças que moravam com famílias de pais divorciados e que moravam em famílias intactas. As crianças que moravam em famílias de pais divorciados apresentaram piores resultados para o bem-estar quando comparadas às crianças que moravam com suas famílias intactas. Esse resultado sugere a importância da estrutura familiar para o provimento de suporte familiar.

Lynskey e Fergusson (1997) consideraram que a qualidade das relações familiares e das relações com pares na adolescência representaram fatores protetores para o enfrentamento de eventos tais como maus tratos, exposição a violência e perdas, por morte ou separação da criança de seus pais. Os resultados sugerem que com o aumento das respostas de suporte, afeição, os índices de dificuldades de ajustamento tardio diminuem. Essas conclusões podem sugerir que o desenvolvimento de ligação adequada entre pai-criança pode ser um fator que atenua o impacto das experiências de abuso sexual na infância.

O impacto da estrutura familiar não é limitado para a infância, mas influencia o bem-estar psicológico durante o curso da vida. Achados indicaram que famílias de pais-mães proporcionam grande proteção contra problemas de saúde mental. Poucos estudos compararam formas diferentes de famílias não intactas; entretanto, nesse ponto existem algumas indicações que a

ausência de ambos os pais proporciona a mínima proteção e que a desvantagem da saúde mental pode ser maior para pessoas com pais solteiros que para pessoas com famílias reconstituídas. (Barret & Turner, 2005).

Rompimento familiar pode trazer conseqüências, tanto a curto como a longo prazo, seja de quaisquer modo, por separação, abandono, morte e divórcio. A curto prazo, é provável que as crianças sofram uma variedade de problemas físicos e emocionais com o divórcio dos pais. As reações iniciais para a separação dos pais incluem intensa raiva, medos sobre o futuro, e conflito pela pressão na batalha entre os pais, além do que essas crianças também tendem a ter problemas de vários tipos na escola. A longo prazo, essas crianças já adultas, podem ter deficiências na habilidade para relacionar-se amorosamente de um modo saudável, estável (Marks, 2006).

O interesse no estudo da percepção do suporte familiar com indicadores de baixo/ alto grau de severidade em saúde mental fundamenta-se na crescente importância que vários autores têm dado ao fator relacional como aspecto fundamental na atribuição de doenças mentais (Ackerman, 1986; Baptista, 2004; Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Campos, 2004; Féres-Carneiro, 1992; Lidchi & Eisenstein, 2004; dentre outros). Em uma breve reflexão sobre os vários estudos envolvendo estes dois construtos, o suporte familiar pode ser pensado como agente de proteção frente ao risco para doenças mentais, e agente amortecedor frente aos eventos estressantes.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desse estudo é buscar evidências de validade para o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) baseada na relação com outras variáveis, no caso, por meio do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), esperando que quanto melhor a percepção do suporte familiar, melhor o estado de saúde mental dos indivíduos.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desse estudo são:

- Buscar relações entre os eventos de vida estressantes com o estado de saúde mental e com o suporte familiar dos indivíduos;
- Buscar relações entre o nível econômico com o estado de saúde mental e com o suporte familiar dos indivíduos;
- Avaliar a relação entre diferentes tipos de estrutura familiar com o estado de saúde mental e com o suporte familiar dos indivíduos;
- Avaliar diferenças entre sexo, área do conhecimento e raça em relação ao estado de saúde mental e ao suporte familiar dos indivíduos.

6 MÉTODO

6.1 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 530 estudantes de uma Universidade particular da cidade de São Paulo (SP), com faixa etária entre 17 e 54 anos, dos cursos de Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Engenharia, Administração, Serviço Social e Enfermagem. As características sociodemográficas da amostra serão pormenorizadas nos resultados.

6.2 INSTRUMENTOS

6.2.1 QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO (ANEXO 1)

Foi criado um instrumento fechado com 20 itens com o objetivo de identificar o participante, obtendo-se dados pertinentes à pesquisa, tais como: sexo, idade, declaração de cor/raça, estado civil, curso, estrutura familiar e características econômicas, com base no Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEP, 2000), e um último item que consta de 50 eventos vitais.

Esses eventos de vida foram retirados da versão brasileira da Entrevista para Eventos de Vida Recentes, desenvolvida originalmente por Eugene Paykel em 1967, traduzida e validada para a língua portuguesa por Maria das Graças de Oliveira, John Dunn, Patrícia Pinto Fonseca e José Alberto Del Porto. Essa entrevista é muito utilizada em pesquisas para se associar eventos de vida estressantes e o desencadeamento de doenças mentais. Os eventos compõem 10 categorias que são: *trabalho, educação, finanças, saúde, luto, migração, namoro e coabitação, legal,*

família e relações sociais, identificados no tempo, envolvendo mudanças no ambiente social externo (Oliveira, Fonseca & Del Porto, 2002).

Para a utilização na presente pesquisa, os eventos de vida estressantes da entrevista foram então adaptados para uma versão auto-aplicativa, na qual foram descritos e separados nas categorias, para que fossem assinalados os eventos ocorridos no último ano. Para fazer referência a esses eventos foi criada a sigla EVE, alusivo a Eventos de Vida Estressantes.

6.2.2 QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG) (ANEXO 2)

O QSG foi inicialmente desenvolvido por Goldberg em 1972 e adaptado por Pasquali e cols. (1996) e escolhido por ser um instrumento que objetiva fornecer uma perspectiva de pacientes não-psicóticos sobre o seu estado de saúde mental. Esse questionário consiste de 60 itens, aferidos conforme uma escala com 4 graus, do tipo *Likert*, que varia de 1) " não absolutamente" , 2) " não mais do que de costume" , 3) " um pouco mais do que de costume" até 4) " muito mais do que de costume" . A pontuação para essa escala é feita de acordo com a formulação do item. Parte dos itens expressa sintomas e outra parte expressa comportamento normal, sendo, por vezes, necessário inverter a pontuação da escala. O grau de severidade da ausência de saúde mental é definido em relação a sintomas desviantes da população. Apenas o fator geral (escore total) foi utilizado para se referir à saúde mental e para sua interpretação, o autor considera que quanto maior for o escore, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos. O ponto de corte do sintomático versus não sintomático situa-se em 3/4 pontos no sistema padrão de apuração e 39/40 (escala 0, 1, 2 e 3) ou 52/53 pontos (escala 1, 2, 3 e 4) no sistema *Likert*.

Para a adaptação brasileira do QSG, esse foi aplicado em uma amostra de 902 sujeitos não-psiquiátricos residentes em São Paulo e no Distrito Federal. Os sujeitos que serviram à

pesquisa foram na maioria do sexo feminino (65,2%), universitários (76,7%) e solteiros (72,4%), situados na faixa dos 20 a 29 anos (46,9%). Na análise dos itens, o índice de discriminação entre os grupos-critério foi estabelecido. Esses grupos foram assim constituídos: 30% dos sujeitos de escores mais altos (grupo superior) e 30% de sujeitos de escores mais baixos (grupo inferior). Todos os itens se mostraram altamente discriminativos ($p < 0,000$).

Na análise dos principais componentes, somente seis fatores obtiveram *eigenvalues* igual ou maior a 1,5, os quais explicam 44% da variância total das respostas ao QSG, sendo que apenas o primeiro fator explicou mais da metade deste percentual. Uma análise de consistência interna mostrou que os fatores 1 (13 itens), 2 (8 itens) e 3 (17 itens) apresentaram, cada um deles, coeficiente Alfa de 0,89. Em seguida o fator 4 (6 itens), apresentou um Alfa de 0,80, e o fator 5 (10 itens), um Alfa de 0,83. O fator 6 (6 itens) com um Alfa de 0,70 (baixa consistência interna) foi excluído das análises posteriores, e por fim o fator geral (60 itens), apresentou um Alfa de 0,95.

Além do escore geral, os resultados do QSG originam 5 escores parciais relacionados à presença dos seguintes fatores: 1) tensão ou estresse psíquico (experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, tornando a vida uma luta constante, desgastante e infeliz), 2) desejo de morte (vida sem sentido, inútil e sem perspectivas), 3) desconfiança no próprio desempenho (consciência da capacidade de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória – escala invertida), 4) distúrbios do sono (insônia e pesadelos) e 5) distúrbios psicossomáticos (dores de cabeça, fraqueza e calafrios).

6.2.3 INVENTÁRIO DE PERCEÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR (IPSF) (ANEXO 3)

A construção do IPSF, por Baptista (2005), teve como base diversos instrumentos nacionais e internacionais, tais como o *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES-III), de Olson, Portner e Lavee (1985) citado por Corcoran e Fischer (1987); o *Family Assessment Device* (FAD), de Epstein, Baldwin e Bishop (1983); o *Family Awareness Scale* (FAS), de Green, Kolvezon e Vosler (1985); o *Parental Bonding Instrument* (PBI), de Parker, Tupling e Brown (1979) e o Questionário de Estilos Parentais de Gomide (2003).

Foi realizada uma pesquisa com 100 estudantes universitários de Psicologia, com os quais foi feita a seguinte pergunta aberta “Na sua opinião, o que é uma família ideal?”. Partindo-se dos dados encontrados e com base nos instrumentos adotados como parâmetro, foi feito um agrupamento desses dados em dimensões pré-existentes (Afiliação e Pertencimento; Afetividade Familiar; Conflito e resolução de Problemas Familiares; Papéis e Funções Familiares; Familiaridade/Funcionamento Geral; Aceitação Familiar; Apoio Familiar; Comunicação Familiar), e em seguida, transformados em perguntas.

Foram feitas adaptações com os 192 itens iniciais no que diz respeito à adequação de palavras e expressões para a língua portuguesa e à padronização do tipo de pergunta para a escala *likert* de quatro pontos (nunca, poucas vezes, muitas vezes, sempre), adotada no inventário de aplicação inicial, além da padronização do tempo verbal das afirmações.

Após uma seleção dos itens (foram excluídos os itens com carga fatorial abaixo de 0,45), estes ficaram distribuídos da seguinte forma: Afiliação e Pertencimento (19 itens); Afetividade Familiar (24 itens); Conflito e Resolução de Problemas Familiares (22 itens); Papéis e Funções Familiares (19 itens); Familiaridade/Funcionamento Geral (30 itens); Aceitação Familiar (33 itens); Apoio Familiar (13 itens); Comunicação Familiar (32 itens).

Foram utilizados, para a validade de construto e precisão, a análise dos componentes principais, análise fatorial exploratória com rotação *varimax* (com o objetivo de se obter uma análise da ortogonalidade dos fatores), além do cálculo do Alfa de *Cronbach* (para a precisão). Nesse procedimento, utilizou-se o SPSS, versão 11,5 para as análises descritivas e inferenciais.

Foram consideradas apenas as dimensões acima do *eigenvalue* 1,5, ou seja, quatro dimensões no inventário, explicando variância total de 42,798%. Essas quatro dimensões receberam as seguintes denominações: Inadequação Familiar (14 itens), Afetividade (10 itens), Consistência (11 itens) e Autonomia (8 itens) (Baptista, 2005).

Posteriormente, realizou-se uma pesquisa com 1064 estudantes com idade entre 17 e 64 anos, de instituições particulares e públicas de São Paulo. As dimensões do IPSF foram analisadas segundo a rotação *equamax*, *quartimax* e *oblimin*, para saber qual destas análises respondia melhor ao construto em questão. Calculou-se também a precisão do instrumento, fazendo uso do Alfa de *Cronbach*. Observou-se que os quatro fatores já não se mostraram satisfatórios, já que 10 itens do primeiro fator (Afetividade), aglutinaram-se com seis itens da dimensão Consistência Familiar. Solicitou-se então a uma análise com três dimensões, com cargas fatoriais acima de 0,30 *eigenvalues* acima de 1,0 para saber se essas dimensões se agrupariam novamente em uma só. O instrumento final por Baptista (no prelo) constou assim, de três dimensões:

- Fator 1 – Afetivo-Consistente: Essa dimensão contém 21 itens e evidencia as relações afetivas positivas intra-familiares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não-verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,91. Os itens referentes a esse fator são: 2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 37, 41 e 42.

- Fator 2 – Adaptação Familiar: Com um total de 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão, e ainda percepção de relações de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Sendo assim, os itens desse fator foram invertidos para que pudessem ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,90. Os itens que pertencem a esse fator são: 1, 6, 7, 8, 13, 16, 20, 21, 27, 32, 33, 36 e 39.

- Fator 3 – Autonomia Familiar: Composto por 8 itens, demonstra a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. Para esse fator, foi encontrado Alfa de *Cronbach* de 0,77. Os itens que compõem esse fator são: 10, 12, 14, 18, 19, 34, 38 e 40.

Para a presente pesquisa, além do cálculo dos escores de todos os fatores, também foi calculado um escore geral, referente à soma das pontuações obtidas em todos os fatores, intitulado Suporte Familiar Total, expressando então a percepção geral do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido.

6.3 PROCEDIMENTO

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 4), buscou-se o consentimento dos universitários que participaram da pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constam todas as informações pertinentes da pesquisa em questão (Anexo 5).

A aplicação dos instrumentos se deu de forma coletiva. Foi entregue um caderno contendo as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois o questionário de identificação, seguido do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Em média, a aplicação durou uma hora.

7 RESULTADOS

7.1 MÉTODO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*, SPSS, versão 12.0. Utilizou-se a técnica estatística não-paramétrica, que independe do conhecimento da distribuição da variável na população, geralmente usada para comparar distribuições de dados quanto à locação, quanto à variabilidade ou ainda para avaliar a correlação entre variáveis (Callegari-Jacques, 2003). Dentre as variadas técnicas não-paramétricas utilizou-se: o coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s), o teste *U* de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis* (*K*). O nível de significância adotado para tais análises foi o de $p \leq 0,05$.

O coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) foi utilizado para correlacionar os postos: a) das pontuações do instrumento que mede a percepção do suporte familiar (IPSF) com as pontuações do instrumento que mede a saúde mental (QSG); b) das pontuações do IPSF com as pontuações dos eventos de vida estressantes (EVE); c) das pontuações do QSG com as pontuações dos EVE; d) das pontuações do IPSF e QSG com o nível econômico; e f) do nível econômico com a escolaridade dos pais e das mães.

O teste *U* de *Mann-Whitney*, que se baseia na comparação dos postos médios de duas amostras independentes, foi utilizado para buscar diferenças, de acordo com a percepção do suporte familiar (IPSF) e o estado de saúde mental (QSG), entre os seguintes grupos: a) sexo masculino X feminino; b) participantes casados X não-casados; c) participantes provindos de família intacta X família não-intacta; d) participantes que possuem algum membro da família falecido X que não possuem algum membro da família falecido; e) participantes cujo membro

falecido morreu há 10 anos X cujo membro morreu há mais de 10 anos; f) participantes que possuem um irmão X participantes que possuem dois ou mais irmãos; g) participantes negros, pardos, mulatos e indígenas X brancos e amarelos.

O teste *H* de *Kruskal-Wallis*, que se baseia na comparação dos postos médios de três ou mais amostras independentes, foi utilizado para buscar diferenças, de acordo com a percepção do suporte familiar (IPSF) e o estado de saúde mental (QSG), entre os seguintes grupos: a) área do conhecimento Humanas X Biológicas X Exatas; b) participantes que moram com família de origem X os que moram com família constituída X os que moram com outras pessoas.

7.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

7.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participou deste estudo um total de 530 estudantes de uma universidade particular da cidade de São Paulo. Desse total, foram excluídos os participantes que deixaram de responder 10% ou mais itens dos dois instrumentos (IPSF e QSG), restando assim 520 estudantes, o que significa uma perda amostral de 1,88%. A faixa etária dos participantes variou de 17 a 54 anos entre os que relataram sua idade (470 estudantes, correspondendo a 90,4% da amostra), com média de 25,04 e desvio padrão de 6,29 anos. A maioria da amostra (67,5%) concentrou-se entre as idades de 18 a 27 anos. Dos 520 estudantes, 191 (36,7%) eram do sexo masculino e 329 (63,3%) do sexo feminino, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 Frequência e porcentagem do sexo dos participantes em cada curso.

Curso	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Psicologia	14	2,7	140	27,0	154	29,6
Nutrição	1	0,2	17	3,3	18	3,5
Fisioterapia	5	1,0	42	8,1	47	9,0
Engenharia	113	21,7	10	1,9	123	23,6
Administração	46	8,8	49	9,4	95	18,3
Serviço Social	1	0,2	25	4,8	26	5,0
Enfermagem	11	2,1	46	8,8	57	11,0
Total	191	36,7	329	63,3	520	100,0

Ainda na Tabela 1, é possível visualizar a divisão dos cursos frequentados pelos participantes e a quantidade de estudantes separados por sexo em cada curso. Os cursos mais frequentados foram Psicologia e Engenharia (277 estudantes correspondendo a 53,3% da amostra total). Com base nestes dados, verifica-se a predominância de 245 (47,1%) estudantes do sexo feminino frente a 31 (6,0%) estudantes do sexo masculino na Área da Saúde, representada por 276 (53,1%) participantes, composta pelos cursos Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem. Em seguida, a Área Humana, composta pelos cursos Administração e Serviço Social, com um total de 121 estudantes (23,3%), na qual ainda predomina o sexo feminino (74 estudantes correspondendo a 14,2% da amostra de 121 estudantes) diante do masculino (47 estudantes, 9,0% do restante da amostra dessa Área). E por último, a Área Exata, representada pelos cursos de Engenharia, sendo a única na qual o sexo predominante é o masculino, com um

total de 123 estudantes (23,6%), dos quais 113 (21,7%) do sexo masculino e 10 (1,9%) do sexo feminino.

Quanto ao estado civil dos participantes da amostra, 398 (76,5%) relataram estar solteiros e 100 (19,2%) casados. As categorias viúvo, desquitado/divorciado e outras condições (dentre os sete, duas pessoas declararam-se amasiadas, e outras não responderam), somadas, resultam em 21 respostas (4,0%). Apenas um estudante (0,2%) não respondeu essa questão. Todos estes dados podem ser conferidos na Tabela 2.

Tabela 2 Frequência e porcentagem do estado civil dos participantes

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	398	76,5
Casado	100	19,2
Viúvo	2	0,4
Desquitado/Divorciado	12	2,3
Outros	7	1,3
Total	519	99,8

Um total de 426 estudantes (81,9%) relatou não ter filhos. Dentre os participantes que tiveram filhos (94 estudantes, 18,1%), a maioria (56 estudantes, 10,8%) teve apenas um filho, seguido de 20 participantes (3,8%) que tiveram dois filhos, 11 participantes (2,1%) que tiveram três filhos e quatro participantes (0,8%) que tiveram quatro filhos. Três (0,6%) dos participantes que relataram ter filhos não informaram a quantidade de filhos.

Quando questionados sobre com quem moram atualmente, 358 (68,8%) dos participantes responderam que moram com seus pais e irmãos, 90 (17,3%) moram com esposo(a) e filhos, 39 (7,5%) moram com outras pessoas (avós, namorado, mãe e filhos, esposa, filhos e amiga, irmãos, pais, irmãos e esposo, sobrinhos, tios e primos, pai e irmã, tios, pais, avós e tios, mãe, avó e irmã, mãe e irmão, pais irmãos e filha, e irmã e sobrinho), 9 (1,7%) moram apenas com esposo(a), 8 (1,5%) moram sozinho(a), 7 (1,35) moram apenas com seus filhos, 6 (1,2%) moram apenas com seus pais e 1 (0,2%) mora em república/ pensionato de estudantes. Dois participantes (0,4%) não responderam à essa questão.

Quanto ao grau de escolaridade dos pais, 152 (29,2%) participantes relataram que seus pais possuem nível Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto, e 149 (28,7%), nível Médio completo/ Superior incompleto. Quanto à escolaridade das mães dos participantes, também destacaram-se os mesmos dois níveis acima, sendo 158 (30,4%) participantes relataram que suas mães possuem nível Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto, e 145 (27,9%), nível Médio completo/ Superior incompleto. As menores frequências, tanto para escolaridade de pais quanto para escolaridade de mães, foram os níveis Analfabeto/ Fundamental incompleto, sendo respectivamente, 51 (9,8%) e 41 (7,9%). Faltaram 20 (3,8%) respostas tanto para a escolaridade do pai quanto para a escolaridade da mãe. Esses dados encontram-se disponíveis na Tabela 3.

Tabela 3 Freqüência e porcentagem do grau de escolaridade de pais e mães dos participantes.

Grau de Escolaridade	Pai		Mãe	
	Freqüência	Porcentagem	Freqüência	Porcentagem
Analfabeto/ Fundamental incompleto	51	9,8	41	7,9
Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto	152	29,2	158	30,4
Fundamental II completo/ Médio incompleto	96	18,5	80	15,4
Médio completo/ Superior incompleto	149	28,7	145	27,9
Superior completo	52	10,0	76	14,6
Total	500	96,2	500	96,2

Quanto à posição econômica, a maioria dos participantes situa-se nas classes B (304 participantes correspondendo a 58,5% da amostra), seguidos de 125 (24,0%) participantes da classe C, 86 (16,6%) participantes nas classes A, e apenas 4 (0,8%) na classe D. Nenhum participante encontra-se na classe E. Nesta amostra, um estudante (0,2%) não respondeu às questões necessárias ao cálculo do critério econômico. Números mais detalhados podem ser encontrados na Tabela 4.

Tabela 4 Freqüência e porcentagem do nível econômico dos participantes.

Nível Econômico	Freqüência	Porcentagem
E	0	0,0
D	4	0,8
C	125	24,0
B2	168	32,3
B1	136	26,2
A2	69	13,3
A1	17	3,3
Total	519	99,8

De acordo com a Tabela 5, quanto ao número de irmãos dos participantes, 28 (5,4%) relataram não ter irmãos. A maioria dos estudantes (339, correspondendo a 65,2% da amostra), possui um ou dois irmãos. Um total de 152 estudantes (29,2%) possui três, quatro, cinco ou mais de cinco irmãos. Um participante (0,2%) não respondeu a essa questão.

Tabela 5 Frequência e porcentagem do número de irmãos dos participantes.

Quantidade de irmãos	Frequência	Porcentagem
0	28	5,4
1	165	31,7
2	174	33,5
3	71	13,6
4	32	6,2
5	22	4,2
Mais de 5	27	5,2
Total	519	99,8

Quanto ao estado civil dos pais, 364 (70,0%) estudantes relataram ter pais casados, 76 (14,6%) pais desquitados/divorciados e 53 (10,2%) pais viúvos(as), conforme pode ser observado na Tabela 6. As outras categorias somadas (solteiros, recasados, outros e falecidos) situam-se em 25 respostas, o que equivale a 4,8%. Dois participantes (0,4%) não responderam a essa questão.

Tabela 6 Freqüência e porcentagem do estado civil dos pais dos participantes.

Estado Civil	Freqüência	Porcentagem
Solteiros	8	1,5
Casados	364	70,0
Viúvo(a)	53	10,2
Desquitados/Divorciados	76	14,6
Recasado(s)	6	1,2
Outros	1	0,2
Falecidos	10	1,9
Total	518	99,6

Para os participantes que mencionaram ter os pais casados, 136 (26,2%) relataram que seus pais possuíam de 26 a 30 anos de união, 119 (22,9%) relataram que seus pais possuíam de 21 a 25 anos de união, 94 (18,1%) relataram que seus pais possuíam mais de 31 anos de união, 33 (6,3%) relataram que seus pais possuíam de 16 a 20 anos de união, e 9 (1,7%) relataram que seus pais possuíam até 15 anos de união.

Para os participantes que mencionaram ter os pais separados, 20 (3,8%) relataram que seus pais possuíam de 11 a 15 anos de separação, 18 (3,5%) relataram que seus pais possuíam de seis a dez anos de separação, 17 (3,3%) relataram que seus pais possuíam de 16 a 20 anos de separação, 16 (3,1%) relataram que seus pais possuíam de dois a cinco anos de separação, 13 (2,5%) relataram que seus pais possuíam mais de 21 anos de separação e nove (1,7%) relataram que seus pais possuíam até um ano de separação.

Conforme ilustrado na Tabela 7, quando questionados se possuíam algum membro próximo da família falecido, 245 (47,1%) participantes relataram não possuir. A maioria dos

participantes que relataram possuir algum membro falecido (148, correspondendo a 28,5% da amostra) mencionaram outra pessoa que não pai, mãe e irmãos. Dentre esses outros encontram-se tios, avós, primos, bisavós, marido, sobrinhos e filha. Um total de 50 estudantes (9,6%) relatou ter o pai falecido. As outras categorias (pai e mãe falecidos, irmã(o) falecido e apenas mãe falecida) somaram-se em 50 respostas (9,6%). Faltaram 27 (5,2%) respostas.

Tabela 7 Frequência e porcentagem de respostas dos participantes quando questionados sobre algum membro próximo da família falecido.

Membro próximo da família falecido	Frequência	Porcentagem
Não tem	245	47,1
Sim, meu pai e minha mãe	14	2,7
Sim, minha irmã(o)	18	3,5
Sim, meu pai	50	9,6
Sim, minha mãe	18	3,5
Sim, outra pessoa	148	28,5
Total	493	94,8

Quando questionados sobre o tempo de falecimento do membro da família, a maioria dos participantes (100, equivalendo a 19,2% da amostra que tem membro próximo da família falecido) relatou que o membro da família faleceu há mais de cinco anos, 74 (14,2%) relataram que faz até dois anos, 33 (6,3%) relataram que faz de quatro a cinco anos, 30 (5,8%) relataram que faz de dois a três anos e 19 (3,7%) relataram que faz de 3 a 4 anos.

Na declaração de cor/raça, 357 (68,7%) dos participantes consideram-se brancos, 113 (21,7%) pardos/ mulatos, 26 (5,0%) negros, 20 (3,8%) amarelo, de origem oriental e apenas um participante (0,2%) declarou-se indígena, de origem indígena. Três estudantes (0,6%) não responderam essa questão.

Tabela 8 Frequência e porcentagem da declaração de cor/raça dos participantes.

Declaração de cor/ Raça	Frequência	Porcentagem
Negro	26	5,0
Branco	357	68,7
Pardo/Mulato	113	21,7
Amarelo (de origem Oriental)	20	3,8
Indígena (de origem Indígena)	1	0,2
Total	517	99,4

7.2.2 EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES

Os participantes foram questionados sobre os eventos de vida estressantes que lhe ocorreram no último ano. No total são 50 eventos divididos em 10 categorias, a saber: Trabalho (10 eventos), Educação (4 eventos), Questões financeiras (3 eventos), Saúde (8 eventos), Lutos/ Perdas (5 eventos), Migração/ Mudanças (2 eventos), Namoro/ Coabitação (4 eventos), Questões legais (5 eventos), Família (5 eventos) e Matrimônio (4 eventos).

Quanto aos eventos de vida vivenciados no trabalho, os mais freqüentes foram, respectivamente: promoção ou aumento de salário (164 respostas, correspondendo a 20,7%), mudança de emprego (163 respostas, correspondendo a 20,6%), aumento na jornada de trabalho (140 respostas, correspondendo a 17,7%) e dificuldades nas relações de trabalho (130 respostas, correspondendo a 16,4%). Nenhum participante relatou ter se aposentado no último ano e apenas cinco participantes (0,6%) relataram falência nos negócios. Os outros eventos desta categoria podem ser conferidos na Tabela 9.

Tabela 9 Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao trabalho.

Eventos de Vida - Trabalho	Freqüência	Porcentagem
Mudança de emprego	163	20,6
Aumento na jornada de trabalho	140	17,7
Diminuição na jornada de trabalho	55	6,9
Dificuldades nas relações de trabalho	130	16,4
Promoção ou aumento de salário	164	20,7
Rebaixamento no trabalho	12	1,5
Demissão ou dispensa	58	7,3
Aposentadoria	0	0,0
Desempregado por um mês mais	66	8,3
Falência nos negócios	5	0,6
Total	793	100

Já nos eventos de vida estressantes ocorridos na categoria educação, 181 participantes (72,1%) relataram ter retomado/ ou iniciado estudos. O evento interrupção de curso (desistência ou grade) foi o menos ocorrido para esta categoria, com 11 respostas, correspondendo a 4,4% para esta categoria, conforme ilustrado na Tabela 10.

Tabela 10 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à educação.

Eventos de Vida - Educação	Frequência	Porcentagem
Retomou / Iniciou os estudos	181	72,1
Mudança de escola	32	12,7
Interrupção de curso (desistência ou grade)	11	4,4
Teve fracasso acadêmico importante	27	10,8
Total	251	100

De acordo os eventos de vida estressantes relativos às questões financeiras, 302 participantes (64,2%) relataram ter passado por dificuldades financeiras moderadas. Por sua vez, o evento dificuldades financeiras grandes foi o menos frequente (54 participantes, correspondendo a 11,5% de respostas para esta categoria). A Tabela 11 ilustra esses resultados.

Tabela 11 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos às questões financeiras.

Eventos de Vida - Questões financeiras	Frequência	Porcentagem
Dificuldades financeiras moderadas	302	64,2
Dificuldades financeiras grandes	54	11,5
Melhora nas finanças	114	24,3
Total	470	100

Quanto aos eventos relacionados à saúde, maior frequência foi encontrada para o evento está acima do peso considerável saudável (134, o que corresponde a 46,2% das respostas). Os eventos que obtiveram as menores frequências desta categoria seguem-se respectivamente: aborto espontâneo, natimorto, aborto (cinco respostas, 1,7%), menopausa (sete respostas, 2,4%), gravidez desejada (nove respostas, 3,1%) e gravidez indesejada (nove respostas, 3,1%). Esses e outros resultados para os eventos desta categoria podem ser visualizados na Tabela 12.

Tabela 12 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à saúde.

Eventos de Vida - Saúde	Frequência	Porcentagem
Doença física pessoal grave	18	6,2
Doença grave de familiar próximo	92	31,8
Gravidez desejada	9	3,1
Gravidez não desejada	9	3,1
Aborto espontâneo, natimorto, aborto	5	1,7
Menopausa	7	2,4
Dificuldades sexuais	16	5,5
Está acima do peso considerado saudável	134	46,2
Total	290	100

Como é demonstrado na Tabela 13, dentre os eventos relativos a lutos/ perdas, o mais relatado pelos participantes foi morte de membro da família (93 respostas, correspondente a 37,2%). As menores ocorrências relatadas foram: morte de filho (adotivo ou não), com duas respostas (0,8%) e morte de cônjuge, com quatro respostas (1,6%).

Tabela 13 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos aos lutos/ perdas.

Eventos de Vida - Lutos / Perdas	Frequência	Porcentagem
Morte de amigo íntimo ou parente significativo	79	31,6
Morte de membro da família	93	37,2
Morte de filho (adotivo ou não)	2	0,8
Morte de cônjuge	4	1,6
Perdas ou roubos de objetos de valor	72	28,8
Total	250	100

Quanto aos eventos de vida estressantes relativos à migração/ mudanças, 34 participantes (77,3%) relataram ter mudado dentro da mesma cidade no último ano. E 10 participantes relataram ter mudado para outra cidade ou país (22,7%). Esses resultados podem ser conferidos na Tabela 14.

Tabela 14 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à migração/ mudanças.

Eventos de Vida – Migração/ Mudanças	Frequência	Porcentagem
Mudança dentro da mesma cidade	34	77,3
Mudança para outra cidade / país	10	22,7
Total	44	100

Em relação aos eventos de vida estressantes que dizem respeito ao namoro/ coabitação, 71 participantes (42,8%) relataram ter encerrado namoro estável. E oito participantes (4,8%) relataram ter rompido noivado. Esses e outros resultados encontram-se ilustrados na Tabela 15.

Tabela 15 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao namoro/ coabitação.

Eventos de Vida – Namoro / Coabitação	Frequência	Porcentagem
Ficou noivo (a) / Casou-se	44	26,5
Rompeu noivado	8	4,8
Encerrou namoro estável	71	42,8
Briga séria com noivo (a), cônjuge ou parceiro (a)	43	25,9
Total	166	100

Conforme é demonstrado na Tabela 16, em relação aos eventos que dizem respeito às questões legais, o evento foi multado, foi o mais freqüente na categoria (86 participantes, 64,7%). Nenhum participante relatou ter tido sentença de prisão, e apenas quatro (3,0%) relataram terem sido processados.

Tabela 16 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos às questões legais.

Eventos de Vida - Questões Legais	Frequência	Porcentagem
Foi multado	86	64,7
Teve que ir ao tribunal / fórum por alguma questão legal	29	21,8
Teve sentença de prisão	0	0,0
Foi processado	4	3,0
Teve membro da família processado	14	10,5
Total	133	100

Em relação aos eventos vivenciados na família, 62 participantes (42,2%) relataram ter tido problemas familiares considerados sérios com pessoas que residem com eles. Os eventos saída de filho de casa e noivado ou casamento de filhos foram menos freqüentes (11 respostas, 7,5%, e 12 respostas, 8,1%, respectivamente). Esses resultados podem ser conferidos na Tabela 17.

Tabela 17 Freqüência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos à família.

Eventos de Vida - Família	Freqüência	Porcentagem
Nascimento de um filho / Adoção ou guarda	27	18,4
Inclusão de uma pessoa diferente morando na mesma casa (exclui-se filhos)	35	23,8
Noivado ou Casamento de filhos	12	8,1
Saída de filho de casa	11	7,5
Teve problemas familiares considerados sérios com pessoas que residem com você	62	42,2
Total	147	100

Para os eventos de vida estressantes relativos ao matrimônio, 18 participantes (46,2%) relataram que o/a cônjuge começou ou parou de trabalhar. Foram menos freqüentes os eventos de vida: relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro (5 respostas, 12,8%) e reconciliação matrimonial (5 respostas, 12,8%). A Tabela 18 ilustra estes resultados.

Tabela 18 Frequência e porcentagem dos eventos de vida estressantes vivenciados pelos participantes no último ano relativos ao matrimônio.

Eventos de Vida - Matrimônio	Frequência	Porcentagem
Relação extraconjugal ou infidelidade	11	28,2
Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro	5	12,8
Reconciliação matrimonial	5	12,8
Cônjuge começou ou parou de trabalhar	18	46,2
Total	39	100

No total, considerando todos os eventos de todas as categorias, 513 (98,7%) participantes relataram ter vivenciado ao menos um evento de vida estressante no último ano. A maior parte dos participantes (496, correspondendo a 95,4% da amostra) relataram ter vivenciado dois ou mais eventos estressantes de vida.

A seguir serão fornecidas as análises inferenciais dos dados baseadas nas análises estatísticas realizadas a partir dos dados obtidos na aplicação dos instrumentos.

7.3 ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS

7.3.1 RELAÇÕES ENTRE SUPORTE FAMILIAR, SAÚDE MENTAL E EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES

Buscou-se correlacionar as percepções dos participantes quanto ao suporte familiar recebido com os seus respectivos estados de saúde mental. A pontuação do instrumento que mede a percepção do suporte familiar (IPSF) assinala que, quanto maior o escore, melhor a percepção do suporte familiar, e em contrapartida, o instrumento que mede o estado de saúde mental (QSG) indica que quanto maior o escore, pior o estado de saúde mental do indivíduo. Assim, as

correlações buscadas entre esses dois instrumentos (IPSF e QSG) são negativas, uma vez que a pontuação destes é inversa. Como esperado, a maioria das correlações entre as dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) com as dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) foram negativas e significativas. Estas correlações encontram-se a seguir, na Tabela 19.

Tabela 19 Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) e das Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).

	IPSF Afetivo- Consistente	IPSF Autonomia Familiar	IPSF Adaptação Familiar	IPSF Suporte Familiar Total
QSG -Estresse Psíquico	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,17^{**}$ $p = 0,000$
QSG -Desejo de morte	$r_s = -0,14^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = -0,13^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$
QSG -Desconfiança no próprio desempenho	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,08$ $p = 0,063$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$
QSG – Distúrbios do sono	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,006$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,032$	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = -0,13^{**}$ $p = 0,002$
QSG –Distúrbios Psicossomáticos	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,026$	$r_s = -0,06$ $p = 0,170$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,10^{**}$ $p = 0,015$
QSG – Severidade de Doença Mental	$r_s = -0,17^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,18^{**}$ $p = 0,000$

* significância ao nível 0,05

**significância ao nível 0,01

A dimensão Afetivo-Consistente do IPSF correlacionou-se significativamente e negativamente com todas as dimensões do QSG, a saber: Estresse Psíquico ($r_s = -0,15$; $p = 0,000$); Desejo de Morte ($r_s = -0,14$; $p = 0,001$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,15$; $p = 0,000$); Distúrbios do Sono ($r_s = -0,12$; $p = 0,006$); Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = -0,09$; $p = 0,026$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = -0,17$; $p = 0,000$). Esse resultado sugere que quanto mais expressões de afeto (verbais e não-verbais), proximidade, interesse, comunicação,

clareza das regras familiares e habilidade no enfrentamento de situações-problema, menores os índices de tensão psíquica, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

Foram encontradas correlações significativas e negativas para a dimensão Autonomia Familiar do IPSF e as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = -0,11$; $p = 0,008$), Desejo de Morte ($r_s = -0,12$; $p = 0,004$), Distúrbios do Sono ($r_s = -0,09$; $p = 0,032$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = -0,11$; $p = 0,008$), e uma tendência para a dimensão Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,08$; $p = 0,063$). Assim, sugere-se que quanto maior independência da família, no que tange ao estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade, menor é o estresse psíquico vivenciado, assim como o desejo de morte, distúrbios do sono e severidade de doença mental, e ainda que tendenciosamente, menor a desconfiança no próprio desempenho.

Para a dimensão Adaptação Familiar correlacionaram-se significativamente e negativamente todas as dimensões do QSG: Estresse Psíquico ($r_s = -0,16$; $p = 0,000$); Desejo de Morte ($r_s = -0,13$; $p = 0,001$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,16$; $p = 0,000$); Distúrbios do Sono ($r_s = -0,12$; $p = 0,004$); Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = -0,11$; $p = 0,008$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = -0,16$; $p = 0,000$). Diante destes resultados é possível inferir que quanto mais sentimentos positivos em relação à família, tais como pertencimento e compreensão, menor o estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

Foram encontradas ainda, correlações significativas e negativas entre a dimensão Suporte Familiar Total do IPSF e todas as dimensões do QSG que se seguem: Estresse Psíquico ($r_s = -0,17$; $p = 0,000$); Desejo de Morte ($r_s = -0,15$; $p = 0,001$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,16$; $p = 0,000$); Distúrbios do Sono ($r_s = -0,13$; $p = 0,002$); Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = -0,10$; $p = 0,015$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = -0,18$; $p = 0,000$). Esse resultado indica

que, quanto maior o suporte familiar percebido, menores os indícios de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental, ou seja, melhor o estado de saúde mental dos participantes, o que confirma a hipótese do estudo em questão.

Em seguida, buscou-se associações entre a percepção do suporte familiar dos participantes com os eventos de vida estressantes que esses vivenciaram no último ano. Os 50 eventos de vida estressantes encontram-se separados em dez categorias, que foram então correlacionadas com as dimensões do IPSF. No instrumento IPSF, quanto maior o escore, melhor a percepção do indivíduo em relação ao suporte familiar e os eventos de vida estressantes (EVE), quanto mais vivenciados, pior. Sendo assim, espera-se que o IPSF e os EVE correlacionem-se negativamente. A Tabela 20 ilustra os resultados obtidos desta correlação.

Tabela 20 Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) das Categorias dos Eventos de Vida Estressantes.

Eventos de Vida Categorias	IPSF Afetivo-Consistente	IPSF Autonomia Familiar	IPSF Adaptação Familiar	IPSF Suporte Familiar Total
Trabalho	$r_s = -0,05$ $p = 0,243$	$r_s = -0,06$ $p = 0,146$	$r_s = -0,08$ $p = 0,067$	$r_s = -0,06$ $p = 0,114$
Educação	$r_s = 0,04$ $p = 0,265$	$r_s = 0,01$ $p = 0,671$	$r_s = -0,01$ $p = 0,774$	$r_s = 0,03$ $p = 0,424$
Questões Financeiras	$r_s = -0,04$ $p = 0,295$	$r_s = -0,02$ $p = 0,615$	$r_s = -0,02$ $p = 0,647$	$r_s = -0,03$ $p = 0,395$
Saúde	$r_s = -0,05$ $p = 0,220$	$r_s = 0,00$ $p = 0,854$	$r_s = 0,00$ $p = 0,918$	$r_s = -0,02$ $p = 0,555$
Lutos/Perdas	$r_s = 0,03$ $p = 0,439$	$r_s = 0,00$ $p = 0,871$	$r_s = 0,00$ $p = 0,985$	$r_s = 0,02$ $p = 0,528$
Migração/Mudanças	$r_s = 0,04$ $p = 0,287$	$r_s = 0,03$ $p = 0,499$	$r_s = 0,06$ $p = 0,143$	$r_s = 0,05$ $p = 0,214$
Namoro/Coabitação	$r_s = -0,08^*$ $p = 0,046$	$r_s = -0,10$ $p = 0,016$	$r_s = -0,10^*$ $p = 0,017$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,028$
Questões Legais	$r_s = 0,00$ $p = 0,861$	$r_s = 0,04$ $p = 0,270$	$r_s = 0,01$ $p = 0,757$	$r_s = 0,02$ $p = 0,552$
Família	$r_s = -0,10^*$ $p = 0,014$	$r_s = 0,02$ $p = 0,555$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,032$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,030$
Matrimônio	$r_s = 0,00$ $p = 0,842$	$r_s = 0,03$ $p = 0,465$	$r_s = -0,01$ $p = 0,692$	$r_s = 0,01$ $p = 0,725$
Eventos de Vida Total	$r_s = -0,06$ $p = 0,161$	$r_s = -0,00$ $p = 0,989$	$r_s = -0,06$ $p = 0,127$	$r_s = -0,05$ $p = 0,211$

* significância ao nível 0,05

**significância ao nível 0,01

Nenhuma correlação significativa foi encontrada entre as dimensões do IPSF e os eventos vivenciados no trabalho. Apenas na dimensão Adaptação Familiar, os resultados mostraram-se limítrofes para uma correlação significativa ($r_s = -0,80$, $p = 0,067$), sugerindo que quanto maior o sentimento de adaptação, inclusão e compreensão da família, menos eventos vivenciados pelo

indivíduo no trabalho. A categoria educação não se correlacionou significativamente com nenhuma dimensão do IPSF, assim como as categorias que dizem respeito às questões financeiras, à saúde, aos lutos/ perdas e à migração/ mudanças.

Ainda de acordo com a Tabela 20, para os eventos no namoro/ coabitação, foram encontradas correlações negativas e significativas com as dimensões do IPSF que se seguem: Afetivo-Consistente ($r_s = -0,08$, $p = 0,046$), Adaptação Familiar ($r_s = -0,10$, $p = 0,017$) e Suporte Familiar Total ($r_s = -0,09$, $p = 0,028$). Os eventos nas questões legais não se correlacionaram significativamente com as dimensões do IPSF.

Para os eventos na família foram encontradas correlações significativas e negativas com as dimensões Afetivo-Consistente ($r_s = -0,10$, $p = 0,014$), Adaptação Familiar ($r_s = -0,09$, $p = 0,032$) e Suporte Familiar Total ($r_s = -0,09$, $p = 0,030$). A categoria matrimônio e o total de eventos vivenciados não se correlacionaram significativamente com as dimensões do IPSF. Esses resultados indicam que quanto mais expressões de afeto, habilidades na resolução de problemas, sentimentos positivos em relação à família, compreensão, menor o número de ocorrência de eventos de vida estressantes no namoro/ coabitação e na família.

Na seqüência, buscou-se correlacionar o estado de saúde mental dos participantes com os eventos de vida estressantes vivenciados no último ano. Deste modo, as categorias dos eventos de vida foram correlacionadas com as dimensões do QSG. No instrumento QSG, quanto maior o escore, maior a severidade de doença mental, e os eventos de vida estressantes (EVE), quanto mais vivenciados, pior. Sendo assim, espera-se que o QSG e os EVE correlacionem-se positivamente. Os resultados encontram-se expostos na Tabela 21.

Tabela 21 Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) das Categorias dos Eventos de Vida Estressantes.

Eventos de Vida Categorias	QSG Estresse Psíquico	QSG Desejo de morte	QSG Desconfiança no próprio desempenho	QSG Distúrbios do sono	QSG Distúrbios Psicossomáticos	QSG Severidade de Doença Mental
Trabalho	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,06$ $p = 0,123$	$r_s = 0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = 0,09^*$ $p = 0,027$	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$
Educação	$r_s = -0,00$ $p = 0,985$	$r_s = 0,02$ $p = 0,642$	$r_s = -0,00$ $p = 0,868$	$r_s = 0,03$ $p = 0,471$	$r_s = 0,01$ $p = 0,801$	$r_s = -0,00$ $p = 0,923$
Questões Financeiras	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,06$ $p = 0,172$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,029$	$r_s = 0,04$ $p = 0,261$	$r_s = 0,11^*$ $p = 0,011$	$r_s = 0,12^{**}$ $p = 0,005$
Saúde	$r_s = 0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,07$ $p = 0,073$	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,12^{**}$ $p = 0,005$	$r_s = 0,14^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$
Lutos/ Perdas	$r_s = 0,01$ $p = 0,665$	$r_s = -0,03$ $p = 0,488$	$r_s = 0,00$ $p = 0,999$	$r_s = 0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = 0,04$ $p = 0,339$	$r_s = 0,03$ $p = 0,466$
Migração/ Mudanças	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,035$	$r_s = -0,02$ $p = 0,612$	$r_s = -0,06$ $p = 0,135$	$r_s = 0,01$ $p = 0,753$	$r_s = -0,05$ $p = 0,222$	$r_s = -0,07$ $p = 0,091$
Namoro/ Coabitação	$r_s = 0,18^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,21^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,15^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = 0,13^{**}$ $p = 0,003$	$r_s = 0,13^{**}$ $p = 0,003$	$r_s = 0,18^{**}$ $p = 0,000$
Questões Legais	$r_s = 0,09^*$ $p = 0,027$	$r_s = 0,04$ $p = 0,358$	$r_s = 0,04$ $p = 0,260$	$r_s = -0,07$ $p = 0,092$	$r_s = 0,10^*$ $p = 0,020$	$r_s = 0,08^*$ $p = 0,042$
Família	$r_s = 0,17^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,14^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = 0,12^{**}$ $p = 0,005$	$r_s = 0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,14^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = 0,17^{**}$ $p = 0,000$
Matrimônio	$r_s = 0,05$ $p = 0,249$	$r_s = -0,00$ $p = 0,839$	$r_s = 0,03$ $p = 0,403$	$r_s = 0,04$ $p = 0,320$	$r_s = 0,05$ $p = 0,206$	$r_s = 0,05$ $p = 0,200$
Eventos de Vida Total	$r_s = 0,22^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = 0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,20^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,20^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = 0,22^{**}$ $p = 0,000$

* significância ao nível 0,05

**significância ao nível 0,01

Os eventos no trabalho correlacionaram-se significativamente e positivamente com as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,11$, $p = 0,008$), Distúrbios do Sono ($r_s = 0,09$, $p = 0,027$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$) e com a Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$) do QSG. Essa relação

indica que quanto maior o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, mais eventos de vida estressantes vivenciados no trabalho.

A categoria educação não se mostrou correlacionada significativamente com nenhuma dimensão do QSG. A categoria que diz respeito às questões financeiras vivenciadas, correlacionou-se significativamente e positivamente com as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,09$, $p = 0,029$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,11$, $p = 0,011$) e com a Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,12$, $p = 0,005$) do QSG. Esse resultado aponta para o aumento de ocorrências de eventos de vida estressantes relativos às questões financeiras na medida em que aumentam também o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental.

Em relação aos eventos da saúde, houve correlações com as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = 0,15$, $p = 0,000$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$), Distúrbios do Sono ($r_s = 0,12$, $p = 0,005$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,14$, $p = 0,001$) e com a Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,16$, $p = 0,000$) do QSG. Esses resultados sugerem que quanto maior o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados na saúde. Foi encontrada, para a categoria lutos/ perdas, apenas uma correlação significativa e positiva com a dimensão Distúrbios do Sono ($r_s = 0,12$, $p = 0,004$) do QSG, o que significa que quanto mais eventos de vida vivenciados na categoria lutos/ perdas, maior sintomatologia para os distúrbios do sono.

Para a categoria migração/ mudanças também, apenas uma correlação significativa, porém negativa com a dimensão Estresse Psíquico ($r_s = -0,93$, $p = 0,035$), indicando que quanto

maior o número de eventos na categoria migração/ mudanças, menor o estresse psíquico, e ainda foi encontrada uma correlação tendenciosa e também negativa com a dimensão Severidade de Doença Mental ($r_s = -0,74$, $p = 0,091$), indicando que, quanto mais eventos ocorridos na migração/ mudanças, menor a severidade de doença mental.

Ainda na Tabela 21 é possível observar que os eventos ocorridos no namoro/ coabitação correlacionaram-se significativamente e positivamente com todas as dimensões do QSG, como se seguem: Estresse Psíquico ($r_s = 0,18$, $p = 0,000$), Desejo de Morte ($r_s = 0,21$, $p = 0,000$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,15$, $p = 0,001$), Distúrbios do Sono ($r_s = 0,13$, $p = 0,003$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,13$, $p = 0,003$) e com a Saúde Geral ($r_s = 0,18$, $p = 0,000$). A partir destes resultados pode-se inferir que quanto maior o estresse psíquico, o desejo de morte, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados no namoro/ coabitação.

Os eventos vivenciados nas questões legais correlacionaram-se significativamente e positivamente com as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = 0,09$, $p = 0,027$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,10$, $p = 0,020$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,08$, $p = 0,042$) do QSG e apresentou uma tendência para a dimensão Distúrbios do Sono ($r_s = 0,07$, $p = 0,092$). Estes resultados sugerem que quanto maior o estresse psíquico, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados no namoro/ coabitação. Como tendência, no aumento desses eventos, aumentariam também a sintomatologia para os distúrbios no sono.

Para os eventos na família foram encontradas correlações significativas e positivas com todas as dimensões do QSG: Estresse Psíquico ($r_s = 0,17$, $p = 0,000$), Desejo de Morte ($r_s = 0,14$, $p = 0,001$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,12$, $p = 0,005$), Distúrbios do Sono ($r_s =$

0,16, $p = 0,000$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,14$, $p = 0,001$) e com a Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,17$, $p = 0,000$). A categoria matrimônio não apresentou correlação significativa com as dimensões do QSG.

Em relação ao total de eventos vivenciados foram encontradas correlações significativas e positivas com todas as dimensões do QSG, como se apresentam: Estresse Psíquico ($r_s = 0,22$, $p = 0,000$), Desejo de Morte ($r_s = 0,12$, $p = 0,004$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = 0,15$, $p = 0,000$), Distúrbios do Sono ($r_s = 0,20$, $p = 0,000$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = 0,20$, $p = 0,000$) e com a Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,22$, $p = 0,000$). A partir destes resultados é possível inferir que quanto maior o estresse psíquico, o desejo de morte, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados nas categorias família e eventos total.

7.3.2 RELAÇÕES ENTRE ESTRUTURA FAMILIAR COM SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL

Utilizando-se os dados do estado civil dos participantes da pesquisa em questão, foram separados grupos de casados e não-casados (solteiros, viúvos, desquitados/ divorciados, recasados e outros). As médias desses dois grupos foram comparadas em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde dos participantes. Em relação às dimensões do IPSF não foram encontradas diferenças significativas, apenas um resultado limítrofe para a dimensão Autonomia Familiar ($U = 19464,000$, $p = 0,065$). Essa tendência anuncia que o grupo dos casados apresenta maior autonomia, ou seja, maior independência familiar que o grupo dos não-casados. Em relação às dimensões do QSG foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de casados e não-casados apenas na dimensão Desejo de Morte ($U = 18614,000$, $p = 0,011$),

conforme é demonstrado na Tabela 22. Esse dado sugere que pessoas não-casadas possuem maior desejo de morte que pessoas casadas.

Tabela 22 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de *Mann-Whitney* entre as dimensões do IPSF/ QSG e o estado civil dos participantes.

IPSF/ QSG	Estado Civil	Participantes (N=518)	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo-Consistente	Casados	107	271,90	<i>U</i> = 20661,500 <i>p</i> = 0,336
	Não-Casados	411	256,27	
IPSF – Autonomia Familiar	Casados	107	283,09	<i>U</i> = 19464,000 <i>p</i> = 0,065
	Não-Casados	411	253,36	
IPSF – Adaptação Familiar	Casados	107	241,03	<i>U</i> = 20012,000 <i>p</i> = 0,150
	Não-Casados	411	264,31	
IPSF – Suporte Familiar Total	Casados	107	268,64	<i>U</i> = 21010,500 <i>p</i> = 0,478
	Não-Casados	411	257,12	
QSG – Estresse Psíquico	Casados	107	250,95	<i>U</i> = 21073,500 <i>p</i> = 0,577
	Não-Casados	411	261,73	
QSG – Desejo de Morte	Casados	107	227,96	<i>U</i> = 18614,000 <i>p</i> = 0,011
	Não-Casados	411	267,71	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	Casados	107	253,53	<i>U</i> = 21350,500 <i>p</i> = 0,643
	Não-Casados	411	261,05	
QSG – Distúrbios do Sono	Casados	107	267,26	<i>U</i> = 21158,500 <i>p</i> = 0,545
	Não-Casados	411	257,48	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	Casados	107	258,93	<i>U</i> = 21928,000 <i>p</i> = 0,965
	Não-Casados	411	259,65	
QSG – Severidade de Doença Mental	Casados	107	252,32	<i>U</i> = 21220,500 <i>p</i> = 0,578
	Não-Casados	411	261,37	

Buscou-se comparar os participantes quanto ao número de irmãos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Formaram-se grupos de participantes com um irmão e participantes com dois ou mais irmãos. Quanto ao IPSF não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, apenas dois resultados limítrofes: Adaptação Familiar ($U = 28325,000$, $p = 0,057$) e Suporte Familiar Total ($U = 28498,500$, $p = 0,073$). Essas tendências apontam para que os participantes com um irmão percebam-se mais adaptados, pertencentes à família, e ainda percebam melhor o suporte recebido da família que os participantes com dois ou mais irmãos. Em relação ao QSG, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para as seguintes dimensões: Estresse Psíquico ($U = 26693,000$, $p = 0,004$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 28197,500$, $p = 0,048$), Distúrbios do Sono ($U = 27186,500$, $p = 0,009$) e Severidade de Doença Mental ($U = 26747,000$, $p = 0,004$). A partir destes resultados pode-se inferir que o grupo de participantes com um irmão possuem menor sintomatologia em estresse psíquico, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e severidade de doença mental quando comparados aos participantes com dois ou mais irmãos. Estes resultados podem ser conferidos na Tabela 23.

Tabela 23 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de *Mann-Whitney* entre as dimensões do IPSF/ QSG e o número de irmãos dos participantes.

IPSF/ QSG	Número de Irmãos	Participantes (N=519)	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo-Consistente	um irmão	193	272,58	<i>U</i> = 29032,000 <i>p</i> = 0,141
	dois ou mais	326	252,56	
IPSF – Autonomia Familiar	um irmão	193	267,10	<i>U</i> = 30088,000 <i>p</i> = 0,403
	dois ou mais	326	255,79	
IPSF – Adaptação Familiar	um irmão	193	276,24	<i>U</i> = 28325,000 <i>p</i> = 0,057
	dois ou mais	326	250,39	
IPSF – Suporte Familiar Total	um irmão	193	275,34	<i>U</i> = 28498,500 <i>p</i> = 0,073
	dois ou mais	326	250,92	
QSG – Estresse Psíquico	um irmão	193	235,31	<i>U</i> = 26693,000 <i>p</i> = 0,004
	dois ou mais	326	274,62	
QSG – Desejo de Morte	um irmão	193	248,49	<i>U</i> = 29238,500 <i>p</i> = 0,161
	dois ou mais	326	266,81	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	um irmão	193	243,10	<i>U</i> = 28197,500 <i>p</i> = 0,048
	dois ou mais	326	270,00	
QSG – Distúrbios do Sono	um irmão	193	237,86	<i>U</i> = 27186,500 <i>p</i> = 0,009
	dois ou mais	326	273,11	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	um irmão	193	246,73	<i>U</i> = 28897,000 <i>p</i> = 0,120
	dois ou mais	326	267,86	
QSG – Severidade de Doença Mental	um irmão	193	235,59	<i>U</i> = 26747,000 <i>p</i> = 0,004
	dois ou mais	326	274,45	

A variável estado civil dos pais dos participantes foi utilizada para a formação de grupos de família intacta e família não-intacta. Aqueles participantes cujos pais estavam casados, fazem parte de famílias intactas, e aqueles cujos pais eram/estavam solteiros, viúvos, desquitados/divorciados, recasados, falecidos e outros, fazem parte de famílias não-intactas. Buscou-se comparar grupos de família intacta e não-intacta em relação à percepção do suporte familiar e em relação ao estado de saúde mental.

Conforme é demonstrado na Tabela 24, foram encontradas diferenças significativas entre famílias intactas e não-intactas em relação ao IPSF na dimensão Autonomia Familiar ($U = 18207,500$, $p = 0,049$). Participantes de famílias não-intactas apresentam menor autonomia familiar quando comparados aos participantes de famílias intactas. Em relação ao QSG, foram encontradas diferenças significativas para a dimensão Distúrbios do Sono ($U = 17927,000$, $p = 0,029$), e apesar de não ter encontrado significância, a dimensão Estresse Psíquico mostrou-se limítrofe para essa diferença ($U = 18517,000$, $p = 0,084$). Os participantes provindos de famílias não-intactas apresentam maior sintomatologia para os distúrbios do sono e mesmo que tendenciosamente, menor estresse psíquico quando comparados com participantes de famílias intactas.

Tabela 24 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de *Mann-Whitney* entre as dimensões do IPSF/ QSG e o tipo de família dos participantes.

IPSF/ QSG	Tipo de Família	Participantes (N=520)	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo-Consistente	Intacta	421	260,48	<i>U</i> = 20833,000 <i>p</i> = 0,996
	Não-Intacta	99	260,57	
IPSF – Autonomia Familiar	Intacta	421	266,75	<i>U</i> = 18207,000 <i>p</i> = 0,049
	Não-Intacta	99	233,91	
IPSF – Adaptação Familiar	Intacta	421	264,78	<i>U</i> = 19039,000 <i>p</i> = 0,179
	Não-Intacta	99	242,31	
IPSF – Suporte Familiar Total	Intacta	421	262,78	<i>U</i> = 19879,500 <i>p</i> = 0,475
	Não-Intacta	99	250,80	
QSG – Estresse Psíquico	Intacta	421	266,02	<i>U</i> = 18517,000 <i>p</i> = 0,084
	Não-Intacta	99	237,04	
QSG – Desejo de Morte	Intacta	421	258,21	<i>U</i> = 19877,000 <i>p</i> = 0,456
	Não-Intacta	99	270,22	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	Intacta	421	259,48	<i>U</i> = 20410,000 <i>p</i> = 0,749
	Não-Intacta	99	264,84	
QSG – Distúrbios do Sono	Intacta	421	253,58	<i>U</i> = 17927,000 <i>p</i> = 0,029
	Não-Intacta	99	289,92	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	Intacta	421	265,27	<i>U</i> = 18830,000 <i>p</i> = 0,135
	Não-Intacta	99	240,20	
QSG – Severidade de Doença Mental	Intacta	421	262,07	<i>U</i> = 20179,500 <i>p</i> = 0,624
	Não-Intacta	99	253,83	

Foram comparados grupos de participantes cujos pais estavam unidos até 25 anos com os participantes cujos pais estavam unidos há 26 anos ou mais em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Foi encontrada apenas uma inclinação para diferença entre os grupos na dimensão Afetivo-Consistente do IPSF ($U = 16577,000$, $p = 0,078$). Esse resultado sugere que os participantes cujos pais estavam unidos há 25 anos encontrem mais expressões de afetividade, acolhimento, interesse um pelo outro, clareza nas regras familiares e melhor resolução nas situações-problema que os participantes cujos pais estavam unidos há 26 anos ou mais. Ainda foram comparados grupos de participantes cujos pais estavam separados até 10 anos com os com os participantes cujos pais estavam separados há mais de 10 anos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Não foram encontradas diferenças significativas entre estes dois grupos.

A variável “com quem mora” foi separada em três grupos: a) família de origem, para os participantes que moravam com seus pais e irmãos; b) família constituída, para participantes que moravam com esposo(a) e filhos; c) outras pessoas, para os participantes que moravam sozinhos, com amigos, apenas com pai, apenas com mãe, e outros parentes da família. Buscou-se comparar esses três grupos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Em relação ao IPSF foram encontradas diferenças significativas nas dimensões Autonomia Familiar ($H = 6,826$, $p = 0,033$) e Adaptação Familiar ($H = 10,527$, $p = 0,005$). E em relação ao QSG foram encontradas diferenças significativas para as dimensões Estresse Psíquico ($H = 7,540$, $p = 0,023$) e Desconfiança no Próprio Desempenho ($H = 7,757$, $p = 0,021$). Estes dados encontram-se ilustrados a seguir, na Tabela 25.

Tabela 25 Diferença de médias de acordo com o Teste *H* de *Kruskal-Wallis* entre as dimensões do IPSF/ QSG e com quem moram os participantes.

IPSF/ QSG	Com que mora	Participantes (N=518)	Mean Rank	<i>H</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo-Consistente	Família de origem	364	261,82	<i>H</i> = 4,378
	Família Constituída	106	270,42	<i>p</i> = 0,112
	Outras pessoas	48	217,82	
IPSF – Autonomia Familiar	Família de origem	364	249,38	<i>H</i> = 6,826
	Família Constituída	106	292,03	<i>p</i> = 0,033
	Outras pessoas	48	264,39	
IPSF – Adaptação Familiar	Família de origem	364	271,66	<i>H</i> = 10,527
	Família Constituída	106	243,21	<i>p</i> = 0,005
	Outras pessoas	48	203,29	
IPSF – Suporte Familiar Total	Família de origem	364	262,07	<i>H</i> = 4,488
	Família Constituída	106	269,90	<i>p</i> = 0,106
	Outras pessoas	48	217,02	
QSG – Estresse Psíquico	Família de origem	364	254,57	<i>H</i> = 7,540
	Família Constituída	106	250,95	<i>p</i> = 0,023
	Outras pessoas	48	315,79	
QSG – Desejo de Morte	Família de origem	364	263,55	<i>H</i> = 4,425
	Família Constituída	106	235,48	<i>p</i> = 0,109
	Outras pessoas	48	281,82	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	Família de origem	364	254,20	<i>H</i> = 7,757
	Família Constituída	106	251,79	<i>p</i> = 0,021
	Outras pessoas	48	316,69	
QSG – Distúrbios do Sono	Família de origem	364	255,22	<i>H</i> = 1,215
	Família Constituída	106	265,99	<i>p</i> = 0,545
	Outras pessoas	48	277,61	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	Família de origem	364	255,02	<i>H</i> = 2,077
	Família Constituída	106	262,09	<i>p</i> = 0,354
	Outras pessoas	48	287,77	
QSG – Severidade de Doença Mental	Família de origem	364	256,15	<i>H</i> = 4,571
	Família Constituída	106	251,28	<i>p</i> = 0,102
	Outras pessoas	48	303,07	

Para as dimensões do IPSF e QSG que apresentaram diferenças significativas na comparação dos três grupos relativos a com quais pessoas os participantes moravam foi feita uma análise para comparação dos grupos dois a dois. Na primeira análise foram comparados os grupos família de origem X família constituída. Foram encontradas diferenças significativas apenas em relação ao IPSF: Autonomia Familiar ($U = 16081,000$, $p = 0,009$) e Adaptação Familiar ($U = 17115,000$, $p = 0,075$). Esse resultado permite inferir que os participantes de família constituída possuem maior autonomia familiar, porém possuem menos compreensão, sentimentos positivos em relação à família, quando comparados com os participantes que moram com sua família de origem.

Em seguida, foram comparados os participantes que moravam com a família de origem X outras pessoas. Em relação ao IPSF, foi encontrada diferença significativa na dimensão Adaptação Familiar ($U = 6488,000$, $p = 0,004$) e em relação ao QSG, diferenças significativas foram encontradas no Estresse Psíquico ($U = 66662,500$, $p = 0,007$) e Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 6611,000$, $p = 0,006$). Estes resultados sugerem que os participantes que moravam com a família de origem sentem-se mais adaptados na família, e também com menor sintomatologia em estresse psíquico e desconfiança no próprio desempenho, quando comparados com os participantes que moravam com outras pessoas. Outra análise comparou os participantes que moravam com a família constituída X participantes que moravam com outras pessoas. Um resultado limítrofe para diferença significativa entre os grupos foi encontrado na dimensão Adaptação Familiar, do IPSF ($U = 2094,000$, $p = 0,078$), o que indica melhor adaptação familiar dos participantes que moravam com a família constituída em relação aos participantes que moravam com outras pessoas. Em relação ao QSG, as dimensões Estresse Psíquico ($U = 1915,500$, $p = 0,014$) e Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 1924,000$, $p = 0,016$), mostraram-se significativas para diferenciar os grupos. Este resultado aponta que os participantes

que moravam com famílias constituídas obtiveram menores índices de estresse psíquico e desconfiança no próprio desempenho em relação aos participantes que moravam com outras pessoas.

Buscou-se comparar os participantes que tinham um membro próximo da família falecido com os que não tinham em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental destes, e não foram encontradas diferenças significativas entre estes dois grupos. O tempo de falecimento dos membros próximos da família dos participantes também foi comparado em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental destes, separando-se em dois grupos: a) até dois anos de falecimento e b) mais de dois anos. Também não foram encontradas diferenças significativas entre esses dois grupos.

7.3.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE SEXO, RAÇA, CURSO E NÍVEL ECONÔMICO EM RELAÇÃO AO SUPORTE FAMILIAR E SAÚDE MENTAL

A percepção dos participantes quanto ao suporte familiar recebido e seu estado de saúde foram comparados entre os sexos, para verificar se haveriam diferenças. Em relação às dimensões do IPSF, não foram encontradas diferenças significativas. Para o QSG, foram verificadas diferenças para as dimensões Estresse Psíquico ($U = 26494,000$, $p = 0,003$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 24954,500$, $p = 0,000$), Distúrbios do sono ($U = 27875,500$, $p = 0,031$), Distúrbios Psicossomáticos ($U = 23686,500$, $p = 0,000$) e Severidade de Doença Mental ($U = 25744,500$, $p = 0,001$), conforme é ilustrado na Tabela 26. As participantes do sexo feminino apresentam maior estresse psíquico, mais desconfiança no próprio desempenho, mais distúrbios do sono, mais distúrbios psicossomáticos e maior severidade de doença mental, quando comparadas aos participantes do sexo masculino.

Tabela 26 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de *Mann-Whitney* entre as dimensões do IPSF/ QSG e do sexo dos participantes.

IPSF/ QSG	Sexo	Participantes (N=520)	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo- Consistente	masculino	191	258,25	<i>U</i> = 30989,500 <i>p</i> = 0,794
	feminino	329	261,81	
IPSF – Autonomia Familiar	masculino	191	258,84	<i>U</i> = 31101,500 <i>p</i> = 0,846
	feminino	329	261,47	
IPSF – Adaptação Familiar	masculino	191	272,09	<i>U</i> = 29206,500 <i>p</i> = 0,178
	feminino	329	253,77	
IPSF – Suporte Familiar Total	masculino	191	260,47	<i>U</i> = 31413,000 <i>p</i> = 0,997
	feminino	329	260,52	
QSG – Estresse Psíquico	masculino	191	234,71	<i>U</i> = 26494,000 <i>p</i> = 0,003
	feminino	329	275,47	
QSG – Desejo de Morte	masculino	191	249,31	<i>U</i> = 29282,500 <i>p</i> = 0,177
	feminino	329	267,00	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	masculino	191	226,65	<i>U</i> = 24954,500 <i>p</i> = 0,000
	feminino	329	280,15	
QSG – Distúrbios do Sono	masculino	191	241,95	<i>U</i> = 27875,500 <i>p</i> = 0,031
	feminino	329	271,27	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	masculino	191	220,01	<i>U</i> = 23686,500 <i>p</i> = 0,000
	feminino	329	284,00	
QSG – Severidade de Doença Mental	masculino	191	230,79	<i>U</i> = 25744,500 <i>p</i> = 0,001
	feminino	329	277,75	

A variável declaração de cor/raça foi separada em dois grupos: a) negros, pardos, mulatos; e b) indígenas e branco e amarelo. Buscou-se diferenças entre esses dois grupos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Em relação às dimensões do IPSF, apenas a Autonomia Familiar mostrou-se significativa na diferença entre os grupos ($U = 23296,000, p = 0,039$). Os participantes que se declararam brancos e amarelos apresentaram maior autonomia da família quando comparados com os negros, pardos, mulatos e indígenas. Em relação ao QSG, apenas a dimensão Distúrbio do sono diferenciou os grupos ($U = 23316,500, p = 0,040$). Os participantes que se declararam negros, pardos, mulatos e indígenas apresentaram mais distúrbios do sono quando comparados com os que se declararam brancos e amarelos. Esses dados estão ilustrados na Tabela 27.

Tabela 27 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de *Mann-Whitney* entre as dimensões do IPSF/ QSG e a declaração de cor/raça dos participantes.

IPSF/ QSG	Declaração de cor/raça	Participantes (N=517)	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
IPSF – Afetivo-Consistente	negro, pardo, mulato e indígena	140	253,01	<i>U</i> = 25552,000 <i>p</i> = 0,579
	branco e amarelo	377	261,22	
IPSF – Autonomia Familiar	negro, pardo, mulato e indígena	140	236,90	<i>U</i> = 23296,000 <i>p</i> = 0,039
	branco e amarelo	377	267,21	
IPSF – Adaptação Familiar	negro, pardo, mulato e indígena	140	270,20	<i>U</i> = 24821,500 <i>p</i> = 0,296
	branco e amarelo	377	254,84	
IPSF – Suporte Familiar Total	negro, pardo, mulato e indígena	140	253,43	<i>U</i> = 25610,500 <i>p</i> = 0,605
	branco e amarelo	377	261,07	
QSG – Estresse Psíquico	negro, pardo, mulato e indígena	140	268,58	<i>U</i> = 25049,500 <i>p</i> = 0,374
	branco e amarelo	377	255,44	
QSG – Desejo de Morte	negro, pardo, mulato e indígena	140	260,68	<i>U</i> = 26154,500 <i>p</i> = 0,871
	branco e amarelo	377	258,38	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	negro, pardo, mulato e indígena	140	255,12	<i>U</i> = 25846,500 <i>p</i> = 0,719
	branco e amarelo	377	260,44	
QSG – Distúrbios do Sono	negro, pardo, mulato e indígena	140	280,95	<i>U</i> = 23316,500 <i>p</i> = 0,040
	branco e amarelo	377	250,85	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	negro, pardo, mulato e indígena	140	263,75	<i>U</i> = 25725,000 <i>p</i> = 0,659
	branco e amarelo	377	257,24	
QSG – Severidade de Doença Mental	negro, pardo, mulato e indígena	140	268,31	<i>U</i> = 25087,000 <i>p</i> = 0,388
	branco e amarelo	377	255,54	

A variável curso foi condensada em Áreas Universitárias, a saber: Humanas (formada pelos cursos Serviço Social e Administração) da Saúde (formada pelos cursos Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem) e Exatas (formada pelos cursos de Engenharia). Essas áreas foram comparadas quanto à percepção dos participantes em relação ao suporte familiar recebido e em relação ao estado de saúde destes.

De acordo com a Tabela 28, no IPSF foram encontradas diferenças para a dimensão Adaptação Familiar ($H = 7,190, p = 0,027$). Para essa dimensão, a área Exata diferencia-se das outras duas, sugerindo melhor adaptação e suporte familiar em relação às outras áreas. Para o QSG, as dimensões que diferenciam os grupos são: Desconfiança no Próprio Desempenho ($H = 8,854, p = 0,014$) e Distúrbios do Sono ($H = 6,404, p = 0,041$). Este resultado sugere que os participantes da área Exatas têm mais confiança no seu desempenho e têm menos distúrbios do sono que os participantes das outras áreas. Mostraram-se como resultados limítrofes as dimensões Distúrbios Psicossomáticos ($H = 5,457, p = 0,065$) e Severidade de Doença Mental ($H = 5,655, p = 0,059$). Mais uma vez, a área Exata é a que mostrou-se tendenciosa para as diferenças em relação às outras áreas, apresentando seus participantes como tendo menos distúrbios psicossomáticos e menor severidade de doença mental que as outras duas.

Tabela 28 Diferença de médias de acordo com o Teste *H* de *Kruskal-Wallis* entre as dimensões do IPSF/ QSG e a Área Universitária dos participantes.

IPSF/ QSG	Área	Participantes (N=520)	Mean Rank	H / p
IPSF – Afetivo-Consistente	Humanas	121	257,79	H = 1,174
	Saúde	276	256,01	<i>p</i> = 0,556
	Exata	123	273,26	
IPSF – Autonomia Familiar	Humanas	121	246,37	H = 1,422
	Saúde	276	264,38	<i>p</i> = 0,491
	Exatas	123	265,69	
IPSF – Adaptação Familiar	Humanas	121	271,80	H = 7,190
	Saúde	276	244,54	<i>p</i> = 0,027
	Exatas	123	285,20	
IPSF – Suporte Familiar Total	Humanas	121	257,07	H = 1,723
	Saúde	276	255,11	<i>p</i> = 0,423
	Exatas	123	275,97	
QSG – Estresse Psíquico	Humanas	121	274,80	H = 4,463
	Saúde	276	264,90	<i>p</i> = 0,107
	Exatas	123	236,55	
QSG – Desejo de Morte	Humanas	121	274,78	H = 2,707
	Saúde	276	261,35	<i>p</i> = 0,258
	Exatas	123	244,54	
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	Humanas	121	265,50	H = 8,584
	Saúde	276	273,53	<i>p</i> = 0,014
	Exatas	123	226,34	
QSG – Distúrbios do Sono	Humanas	121	277,93	H = 6,404
	Saúde	276	265,51	<i>p</i> = 0,041
	Exatas	123	232,12	
QSG – Distúrbios Psicossomáticos	Humanas	121	256,01	H = 5,457
	Saúde	276	273,42	<i>p</i> = 0,065
	Exatas	123	235,92	
QSG – Severidade de Doença Mental	Humanas	121	269,49	H = 5,655
	Saúde	276	269,10	<i>p</i> = 0,059
	Exatas	123	232,35	

Dentre as dimensões do IPSF e QSG que apresentaram diferenças significativas na comparação dos três grupos relativos às áreas do conhecimento foi feita uma análise para comparação dos grupos dois a dois. Na primeira análise foram comparados os grupos área humanas X área exatas. Foram encontradas diferenças significativas apenas em relação ao QSG: Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 6364,500$, $p = 0,050$), Distúrbios do Sono ($U = 6090,000$, $p = 0,014$) e um resultado limítrofe para a dimensão Severidade de Doença Mental ($U = 6394,500$, $p = 0,057$). Esse resultado permite inferir que os participantes da área humanas possuem maior desconfiança no próprio desempenho, mais distúrbios do sono e mesmo que tendenciosamente, maior severidade de doença mental quando comparados com os participantes da área exatas.

Posteriormente, foram comparados os participantes da área da saúde X participantes da área exatas. Em relação ao IPSF, foi encontrada diferença significativa na dimensão Adaptação Familiar ($U = 14300,000$, $p = 0,012$) e em relação ao QSG, diferenças significativas foram encontradas na Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 13849,000$, $p = 0,003$), Distúrbios do Sono ($U = 14835,000$, $p = 0,043$), Distúrbios Psicossomáticos ($U = 14502,000$, $p = 0,020$) e Severidade de Doença Mental ($U = 14559,000$, $p = 0,023$). Estes resultados sugerem que os participantes da área da saúde encontram-se menos adaptados na família, e também com mais desconfiança no próprio desempenho, maior sintomatologia para distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e maior severidade de doença mental quando comparados com os participantes da área exatas. Outra análise comparou os participantes da área humanas X participantes da área da saúde. Apenas um resultado limítrofe para diferença significativa entre os grupos foi encontrado na dimensão Adaptação Familiar, do IPSF ($U = 14967,000$, $p = 0,099$), o que indica melhor adaptação familiar dos participantes da área humanas em relação aos participantes da área da saúde.

Buscou-se correlacionar o nível econômico com a percepção do suporte familiar e o estado de saúde mental dos participantes. Em relação ao IPSF, buscava-se correlação positiva com o nível econômico, pois, quanto maior o escore, melhor a percepção do suporte familiar e melhor a condição econômica. Em contraposição, para o QSG, espera-se correlação negativa com o nível econômico, pois quanto maior o escore, melhor o nível econômico e pior o estado de saúde mental. Para as dimensões do IPSF mostraram-se significativamente e positivamente correlacionadas a Afetivo-Consistente ($r_s = 0,13$, $p = 0,002$) e o Suporte Familiar Total ($r_s = 0,11$, $p = 0,008$). Esses resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a afetividade, consistência e suporte familiar. Para as correlações com o QSG, mostraram-se correlacionadas significativa e negativamente as dimensões: Estresse Psíquico ($r_s = -0,09$, $p = 0,028$), Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = -0,09$, $p = 0,026$). Foram encontrados resultados limítrofes para correlação significativa, quais sejam: Desejo de Morte ($r_s = -0,08$, $p = 0,057$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,07$, $p = 0,077$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,08$, $p = 0,069$). Esses dados sugerem que quanto melhor o nível econômico dos participantes, menos estresse psíquico, distúrbios psicossomáticos e ainda que tendenciosamente, menor desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho e severidade de doença mental. A Tabela 29 ilustra melhor esses resultados.

Tabela 29 Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG), Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e Nível Econômico dos participantes.

IPSF/ QSG	Nível Econômico
IPSF - Afetivo-Consistente	$r_s = 0,13^{**}$ $p = 0,002$
IPSF - Autonomia Familiar	$r_s = 0,04$ $p = 0,353$
IPSF - Adaptação Familiar	$r_s = 0,06$ $p = 0,123$
IPSF - Suporte Familiar Total	$r_s = 0,11^{**}$ $p = 0,008$
QSG – Estresse Psíquico	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,028$
QSG – Desejo de Morte	$r_s = -0,08$ $p = 0,057$
QSG – Desconfiança no Próprio Desempenho	$r_s = -0,07^*$ $p = 0,077$
QSG – Distúrbios do Sono	$r_s = 0,05$ $p = 0,228$
QSG –Distúrbios Psicossomáticos	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,026$
QSG – Severidade de Doença Mental	$r_s = -0,08^{**}$ $p = 0,069$

* significância ao nível 0,05

**significância ao nível 0,01

Foi feita uma análise de correlação entre o nível econômico e a escolaridade dos pais e das mães dos participantes. A correlação que esperada entre essas duas variáveis é positiva, uma vez que quanto maior o escore, maior o nível econômico e também, maior a escolaridade dos pais dos participantes. Ambas as correlações foram positivas e significativas, a saber: escolaridade dos pais ($r_s = 0,32$, $p = 0,000$), e escolaridade das mães ($r_s = 0,29$, $p = 0,000$). Estes resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a escolaridade dos pais e das mães.

8 DISCUSSÃO

Assim como esperado, grande parte das correlações entre as dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) com as dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) foi significativa, o que indica que, quanto melhor o estado de saúde, maior o suporte familiar percebido pelos participantes, ou vice-versa. Essa relação entre Suporte Familiar e Saúde Mental já é bem conhecida e documentada na literatura. Mesmo levando-se em conta a diferença entre as ênfases, metodologias e especificações de cada estudo, o presente trabalho está de acordo com vários desses estudos (dentre eles, Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Kashani, Canfield, Borduin, Soltys e Reid, 1994; Organização Mundial de Saúde, 2001; Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998; Parker, 1979; Parker, Tupling e Brown, 1979; Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003; e outros), no que tange à importância dada às relações familiares tanto para o desenvolvimento saudável do indivíduo, como para sua adaptação frente às situações estressantes.

Os resultados encontrados na correlação entre o Estresse Psíquico (QSG) e a dimensão Afetivo-Consistente (IPSF), estão de acordo com a literatura. Essa relação demonstra que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho, emoção por parte da família e ainda, na configuração das regras familiares, e na eficácia na resolução das situações-problema, maior o estresse psíquico. Coerente com essa correlação, como apontado no Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council (1996), extrema frieza, abertura à hostilidade ou rejeição por cuidados frequentemente contribuem para o estresse psíquico da criança. Ainda, para Féres-Carneiro (1992), são indispensáveis na dinâmica familiar, dentre outras características, uma comunicação congruente, direcional, funcional e com carga afetiva, regras coerentes e flexíveis. Para Campos (2004), é a percepção do apoio recebido pela

família que empresta forças para que o indivíduo enfrente as situações-problema, reduzindo o estresse e aumentando a auto-estima e o bem-estar psicológico.

A correlação encontrada entre o Estresse Psíquico (QSG) e a dimensão Autonomia Familiar (IPSF) sugere que quanto menor a percepção de autonomia familiar, ou seja, menor percepção de independência da família, maior o estresse psíquico vivenciado. Congruente com essa correlação, Andolfi e cols. (1994) acreditam que o indivíduo constrói seu psiquismo mediado pela família, se desvinculando e tornando-se independente desta, estando pronto para viver em sociedade. Complementando, Féres-Carneiro (1996) levanta a possibilidade potencial de promoção à saúde mental do indivíduo quando as funções familiares primordiais são cumpridas, e dentre essas funções, ressalta proteção, afeição, formação social e autonomia.

Na correlação entre Estresse Psíquico e Adaptação Familiar, podemos pensar que quanto mais adaptado o indivíduo se percebe na família, menor é o estresse psíquico vivenciado por ele. Concordando com Campos (2004) e Cobb (1976), o principal efeito do suporte familiar se dá na medida em que o indivíduo percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, participando de uma rede de informações que são com ele partilhadas. E é esse suporte que vai ajudar o indivíduo a enfrentar as adversidades do ambiente, trazendo conseqüências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o estresse.

De acordo com os resultados obtidos na correlação entre Estresse Psíquico e Suporte Familiar Total, quanto maior suporte percebido, menos estresse vivenciado. Esse resultado vem ao encontro com o pressuposto de que a percepção e o recebimento de suporte, pelas pessoas, são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações estressantes e no alívio dos estresses físico e psíquico (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

A correlação entre a dimensão Desejo de Morte (QSG) e as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total, indicando que quanto mais expressões de afeto (verbais e não-verbais), proximidade, interesse, comunicação, clareza das regras familiares, habilidade no enfrentamento de situações-problema, autonomia e mais sentimentos positivos em relação à família, menor o desejo de morte, também se confirma com a literatura. A dimensão Desejo de Morte refere-se ao desejo de acabar com a própria vida, com expressões de que a vida apresenta-se como inútil, sem perspectivas e sem sentido. Esse conceito anuncia a presença de uma ideação suicida, que se refere aos pensamentos acerca de suicidar-se, ao sentimento de estar cansado da vida, à crença de que não vale a pena viver e ao desejo de não despertar do sono. Esses sentimentos, ou ideações, expressam diferentes graus de gravidade, não existindo necessariamente uma continuidade entre eles, já que a intenção de morrer não é um critério necessário para o comportamento suicida (Organização Panamericana da Saúde, 2003).

Sendo assim, o estudo de Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995) indicou que a disfunção da família influencia indiretamente a sintomatologia depressiva, assim como os pensamentos e comportamentos de suicídio. Para Lidchi e Eisenstein (2004), uma família disfuncional seria aquela percebida como não-afetuosa, com falta de comunicação, com regras inflexíveis, não sendo capaz de oferecer as funções autonomia e proteção, e por tudo isso, não provendo os recursos necessários para o desenvolvimento individual e apoio frente às dificuldades na vida. Ainda o estudo de Morano, Cisler e Lemerond (1993), no qual as ideações suicidas e as tentativas de suicídio estiveram altamente correlacionadas, revelou que as experiências de perda e baixo suporte familiar foram os melhores preditores de tentativas de suicídio nos adolescentes. O suporte familiar é sugerido como protetor frente às vulnerabilidades,

ao mesmo passo que o baixo suporte dos membros da família poderia aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes frente aos eventos estressantes.

Quanto à correlação entre a dimensão Desconfiança no Próprio Desempenho e as dimensões Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total, justificam-se na literatura pesquisada apenas a parte da afetividade, como postulam Weinman, Buzi, Smith e Mumford (2003), o afeto inseguro é uma vulnerabilidade central para a criança que cresce e pode levar também a problemas sociais. Além da resiliência, o afeto inicial na vida fornece uma base para o domínio das tarefas de desenvolvimento e a competência nas relações entre os amigos, trabalho acadêmico e autocontrole. A relação entre a Desconfiança no Próprio Desempenho com a Adaptação Familiar, assinala que assim como o afeto, os sentimentos positivos em relação à família são essenciais ao desenvolvimento da criança; e com o Suporte Familiar Total, que vem dizer da soma de todas as dimensões, e assim, traduz-se em afeto, compreensão, inclusão, independência e habilidade na resolução de problemas. A tendência encontrada para a correlação significativa entre o Desejo de Morte e a Autonomia Familiar pode ser compreendida assim como descrevem os autores Lidchi e Eisenstein (2004), que o desenvolvimento da confiança em um membro da família acontece na medida em que lhe são oferecidas equilibradamente as funções autonomia e proteção.

Em relação à dimensão Distúrbios do Sono e as correlações encontradas para todas as dimensões do IPSF, a literatura corrobora com os resultados encontrados. No estudo de Bastien, Vallières e Morin (2004), os eventos na família, no que diz respeito ao relacionamento disfuncional entre seus integrantes, são os maiores preditores da insônia. Para Lidchi e Eisenstein (2004), uma família funcional é aquela percebida como afetuosa, com boa comunicação, que cumpre funções de autonomia e proteção, desempenhando o papel de apoiar seus membros diante das dificuldades da vida. Essas colocações traduzem as relações encontradas entre os Distúrbios

do Sono com a Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar e Adaptação Familiar, que sugerem que quanto maior afetividade, habilidade na resolução de situações-problema, independência e sentimentos positivos em relação à família, menor a sintomatologia para os distúrbios do sono. Pensando ainda no relacionamento disfuncional da família enquanto precipitadora de insônia, uma vez que a família funciona mais enquanto fonte de estresse, ela não está cumprindo sua função de suporte, pois, o suporte adequado oferecido pela família aos seus membros favorece a superação dos eventos estressantes, da desestabilização que tais eventos acarretam (Castro, Campero & Hernández, 1997). Esse argumento explica a correlação entre os Distúrbios do Sono e o Suporte Familiar Total, que indica que quanto maior o suporte percebido, menor a sintomatologia para os distúrbios do sono.

Os Distúrbios Psicossomáticos correlacionaram significativamente com as dimensões Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total. Essa relação indica que quanto maior afetividade, acolhimento, habilidades na resolução de problemas, inclusão familiar e suporte percebido, menores as manifestações de distúrbios psicossomáticos. Um dos efeitos benéficos do suporte se dá pela promoção do comportamento de cooperação por parte do paciente doente. Os pacientes que não estão socialmente isolados e são bem apoiados, são bons pacientes, e a família influencia no controle da doença, no que tange à adesão ao tratamento, seguimento das dietas recomendadas e participação em programas regulares de exercícios físicos (Pace, Nunes & Ochoa-Vigo, 2003). Para Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996), são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, a percepção e o recebimento de suporte familiar no que tange à promoção de benefícios nos processos fisiológicos, ligados aos sistemas endócrino, cardiovascular e imunológico. A dimensão Autonomia Familiar não se encontrou significativamente correlacionada com os Distúrbios Psicossomáticos, talvez porque esta dimensão expresse sentimentos de independência da família, autonomia, e em situações de

enfermidades físicas a expressão se dê ao contrário, como dependência da família, no oferecimento de recursos (físicos e psíquicos) para proteger o indivíduo dos efeitos patogênicos do estresse (Castro, Campero & Hernández, 1997).

A correlação significativa entre a Severidade de Doença Mental e as dimensões do IPSF (Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total), sugere que quanto mais afetividade, proximidade, comunicação, consistência de comportamentos, habilidade na resolução de problemas, compreensão, inclusão, independência da família, menor a severidade de doença mental. Esses resultados corroboram com a concepção de que a família é uma importante fonte de relações que contribui na produção de saúde e doença mental. Assim, a desintegração e ruptura na comunicação podem denunciar maior probabilidade à enfermidade mental, e o cumprimento de funções primordiais pela família, tais como proteção, afeição, autonomia e formação social, acusam um potencial de promoção à saúde mental (Féres-Carneiro, 1996). Ainda para a OMS (2001), o afeto, atenção e o cuidado constante dispensados permitem que a criança se desenvolva normalmente, ao passo que a não transmissão destes cuidados pode aumentar a probabilidade desta criança de manifestar distúrbios mentais e comportamentais, tanto durante a infância, quanto em outras fases posteriores da vida.

Os resultados dessa correlação entre o QSG e o IPSF confirmam a relação existente entre os dois construtos no que tange a melhora do estado de saúde, na medida em que maiores níveis de suporte familiar são percebidos pelos participantes. Pode-se afirmar que o IPSF se mostra como um instrumento válido e preciso para a avaliação do Suporte Familiar percebido. Assim como se confirma no atual estudo a adequação para o uso do instrumento em questão, outros estudos já comprovaram sua qualidade, na relação com outros construtos. Santos (2006) buscou evidências de validade entre a Percepção de Suporte Familiar (utilizando o instrumento IPSF) e Traços de Personalidade (utilizando o modelo dos cinco grandes fatores, conhecido como *Big*

Five), e Rigotto (2006), que buscou evidências de validade entre o suporte familiar (IPSF), suporte social (Questionário de suporte social - SSQ) e autoconceito (Inventário dos esquemas de gênero de autoconceito – IEGA).

Em relação às análises secundárias deste estudo, na associação entre a percepção do suporte familiar dos participantes com os eventos de vida estressantes que esses vivenciaram no último ano, as categorias Namoro/ Coabitação e Família encontraram-se correlacionadas significativamente com as dimensões Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total do IPSF. Estes resultados demonstram que quanto maior a afetividade, proximidade, consistência de comportamentos e verbalizações, sentimentos positivos em relação à família e suporte familiar percebido, menos eventos de vida estressantes vivenciados no Namoro/ Coabitação e Família. Mesmo que não tão especificamente, esses resultados condizem com a literatura, já que a família é entendida como um grupo que pode ser estressante, uma vez que nas situações de crise, cada membro tem a capacidade de dissolver a unidade familiar (Ackerman, 1986). A discórdia familiar tem sido identificada como um fator de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que uma boa relação entre pais e filhos identificada como fator protetivo frente aos eventos de vida (Rutter, 1987). O suporte dos membros da família pode atenuar o impacto dos eventos de vida estressantes (Rosengreen, Orth-Gomér e Wilhelmsen, 1993).

Na associação entre o estado de saúde mental dos participantes com os eventos de vida estressantes vivenciados no último ano, foram encontradas correlações significativas para a categoria Trabalho e as dimensões do QSG: Estresse Psíquico, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Severidade de Doença Mental. Essa relação indica que quanto maior o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, mais eventos de vida estressantes vivenciados no trabalho. A categoria que diz respeito às questões

financeiras vivenciadas, correlacionou-se significativamente e positivamente com as dimensões Estresse Psíquico, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios Psicossomáticos e com a Severidade de Doença Mental do QSG. Esse resultado aponta para o aumento de ocorrências de eventos de vida estressantes relativos às questões financeiras na medida em que aumentam também o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental. Para Faubert, Forehand, Thomas e Wierson (1990), as mudanças na economia familiar e a redução associada à educação e outras oportunidades sociais podem funcionar como mecanismos pelos quais há um aumento de riscos para a saúde dos filhos.

Em relação aos eventos da saúde, houve correlações com as dimensões Estresse Psíquico, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e com a Severidade de Doença Mental do QSG. Esses resultados sugerem que quanto maior o estresse psíquico, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados na saúde. Autores como Mota, Franco e Motta (1999) e Oliveira, Fonseca e Del Porto (2002) enfatizaram a contribuição dos eventos estressantes de vida na saúde mental das pessoas. Os resultados da pesquisa em questão também confirmam essa contribuição, uma vez que os indivíduos que vivenciaram mais eventos estressantes, obtiveram nível mais comprometido em saúde mental.

Para a categoria lutos/ perdas, uma correlação significativa encontrada com a dimensão Distúrbios do Sono do QSG, o que significa que quanto mais eventos de vida vivenciados na categoria lutos/ perdas, maior sintomatologia para os distúrbios do sono. Para a categoria migração/ mudanças também, apenas uma correlação encontrada com a dimensão Estresse Psíquico, indicando que quanto maior o número de eventos na categoria migração/ mudanças,

menor o estresse psíquico e ainda foi encontrada uma correlação tendenciosa e também negativa com a dimensão Severidade de Doença Mental, indicando que, quanto mais eventos ocorridos na migração/ mudanças, menor a severidade de doença mental. Esse resultado não corrobora com o estudo de Mota, Franco e Motta (1999), uma vez que a visão que se preserva em torno da migração e saúde é que, os grupos populacionais estão expostos às mudanças no ambiente físico, nas atividades de trabalho, aos diferentes riscos de acidentes, novos hábitos nutricionais, à aglomeração, entre outros, que representam fatores de risco para problemas de saúde. Porém, os resultados encontrados na presente pesquisa pode estar apontando para situações bem sucedidas de migração/mudança, o que significaria melhora nas condições físicas, ambiente de trabalho e boa adaptação aos novos hábitos.

Os eventos ocorridos no namoro/ coabitação correlacionaram-se significativamente com todas as dimensões do QSG. A partir destes resultados pode-se inferir que quanto maior o estresse psíquico, o desejo de morte, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados no namoro/ coabitação. Esta relação explica-se pelo fato de que o suporte dos pares é de suma importância, e na presença de conflitos entre o casal, os recursos amortecedores desse apoio ficam limitados, aumentando o potencial para a sintomatologia em doença mental. Os eventos vivenciados nas questões legais correlacionaram-se significativamente com as dimensões Estresse Psíquico Distúrbios Psicossomáticos e Severidade de Doença Mental do QSG e apresentou uma tendência para a dimensão Distúrbios do Sono. Estes resultados sugerem que quanto maior o estresse psíquico, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados nas questões legais. Como tendência, no aumento desses eventos, aumentariam também a sintomatologia para os

distúrbios no sono. Não foram encontradas relações com a literatura no que tange à especificidade destes eventos.

Para os eventos na família foram encontradas correlações significativas com todas as dimensões do QSG, o que sugere que quanto maior o estresse psíquico, o desejo de morte, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados na categoria família. Esse resultado corrobora parcialmente com a literatura, pois a discórdia familiar tem sido identificada como um fator de vulnerabilidade, e ao mesmo tempo uma boa relação entre pais e filhos, identificada como fator protetivo frente aos eventos estressantes, o que resulta em diminuição de riscos para a saúde (Rutter, 1987). Em relação ao total de eventos vivenciados foram encontradas correlações significativas e positivas com todas as dimensões do QSG. A partir destes resultados é possível inferir que quanto maior o estresse psíquico, o desejo de morte, a desconfiança no próprio desempenho, os distúrbios do sono, os distúrbios psicossomáticos e a severidade de doença mental, maior o número de eventos de vida estressantes vivenciados na categoria eventos total. Esse resultado vem de encontro com os levantamentos de Oliveira, Fonseca e Del Porto (2002), no qual foram encontradas relações entre os eventos de vida e diversos transtornos mentais como a depressão, transtorno bipolar, psicose puerperal, transtorno do pânico, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios comportamentais em pacientes com deficiência mental, abuso de heroína, abuso de álcool, distúrbios psiquiátricos na comunidade e uso de drogas psicotrópicas.

Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de casados e não-casados na dimensão Autonomia Familiar do IPSF. Essa tendência anuncia que o grupo dos casados apresenta maior autonomia, ou seja, maior independência familiar que o grupo dos não-casados. Cordioli (1998) aponta que o casal que forma uma nova família constitui papéis e regras

específicas que demandam maior responsabilidade e esforço pessoal, e assim, exercita a maturidade pessoal e o senso de independência, valorizando mais o suporte familiar recebido. Em relação às dimensões do QSG foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de casados e não-casados apenas na dimensão Desejo de Morte. Esse dado sugere que pessoas não-casadas possuem maior desejo de morte que pessoas casadas. Na pesquisa de Montiel, Peña & Nava (2003), 60% das pessoas entrevistadas que tentaram suicídio, apontaram como causas ou motivos, conflito com o par, incluindo rompimento ou abandono, o que repercutiu na pessoa fazendo-a sentir que está só ou abandonada e que nada pode remediar essa situação.

Na comparação dos grupos de participantes com um irmão e participantes com dois ou mais irmãos, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao IPSF, apenas dois resultados limítrofes para Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total. Essas tendências apontam para que os participantes com um irmão percebam-se mais adaptados, pertencentes à família, e ainda percebam melhor o suporte recebido da família que os participantes com dois ou mais irmãos. No estudo de Santos (2006), não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes que possuíam irmãos e os que não possuíam. É possível pensar que em uma família mais numerosa seja mais difícil oferecer apoio psíquico e físico do que em uma família com menor número de integrantes. Em relação ao QSG, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para as seguintes dimensões Estresse Psíquico, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono e Severidade de Doença Mental. A partir destes resultados pode-se inferir que o grupo de participantes com um irmão possui menor sintomatologia em estresse psíquico, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono e severidade de doença mental quando comparados aos participantes com dois ou mais irmãos. No estudo de Martins, Costa, Saforcada e Cunha (2004), o número de irmãos maior ou igual a quatro

foi um dos fatores de risco associado à exposição da criança em um ambiente negativo, impróprio para o desenvolvimento saudável desta.

Foram encontradas diferenças significativas entre famílias intactas e não-intactas em relação ao IPSF na dimensão Autonomia Familiar. Participantes de famílias não-intactas apresentam maior autonomia familiar quando comparados aos participantes de famílias intactas. Em relação ao QSG, foram encontradas diferenças significativas para a dimensão Distúrbios do Sono, e apesar de não ter encontrado significância, a dimensão Estresse Psíquico mostrou-se limítrofe para essa diferença. Os participantes provindos de famílias não-intactas apresentam maior sintomatologia para os distúrbios do sono e mesmo que tendenciosamente, maior estresse psíquico quando comparados com participantes de famílias intactas. Segundo Barret e Turner (2005), o impacto da estrutura familiar não é limitado para a infância, mas influencia o bem-estar psicológico durante todo o curso da vida. As famílias de pais-mães, ou seja, intactas, proporcionam grande proteção contra problemas de saúde mental. Poucos estudos compararam formas diferentes de famílias não intactas; entretanto, nesse ponto existem algumas indicações que a ausência de ambos os pais proporciona a mínima proteção e que a desvantagem da saúde mental pode ser maior por pais solteiros que famílias reconstituídas.

Foram comparados grupos de participantes cujos pais estavam unidos até 25 anos com os participantes cujos pais estavam unidos há 26 anos ou mais em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Foi encontrada apenas uma inclinação para diferença entre os grupos na dimensão Afetivo-Consistente do IPSF. Esse resultado sugere que os participantes cujos pais estavam unidos há 25 anos encontrem mais expressões de afetividade, acolhimento, interesse um pelo outro, clareza nas regras familiares e melhor resolução nas situações-problema que os participantes cujos pais estavam unidos há 26 anos ou mais. Santos (2006) encontrou diferença significativa entre os grupos cujos pais estavam casados há mais de 26 anos, porém,

sugerindo o contrário, que estes possuíam melhor percepção da organização dos papéis e regras familiares, assim como nas estratégias de enfrentamento das situações problemáticas pela família.

Em relação ao IPSF foram encontradas diferenças significativas nas dimensões Autonomia Familiar e Adaptação Familiar para os grupos: família de origem, família constituída e outras. E em relação ao QSG foram encontradas diferenças significativas para as dimensões Estresse Psíquico e Desconfiança no Próprio Desempenho. Nos resultados tomados dois a dois, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos: família de origem X família constituída em relação à Autonomia Familiar e Adaptação Familiar do IPSF. Esse resultado permite inferir que os participantes de família constituída possuem maior autonomia familiar, porém possuem menos compreensão, sentimentos positivos em relação à família, quando comparados com os participantes que moram com sua família de origem. Assim como postula Cordioli (1998), o casal que forma uma nova família exercita a maturidade pessoal e o senso de autonomia, ao constituir papéis e regras específicas que demandam maior responsabilidade e esforço pessoal, e assim, julgam melhor o suporte recebido.

Na comparação dos participantes que moravam com a família de origem X outras pessoas, foi encontrada diferença significativa na dimensão Adaptação Familiar e em relação ao QSG, diferenças significativas foram encontradas no Estresse Psíquico e Desconfiança no Próprio Desempenho. Estes resultados sugerem que os participantes que moravam com a família de origem sentem-se mais adaptados na família, e também com menor sintomatologia em estresse psíquico e desconfiança no próprio desempenho, quando comparados com os participantes que moravam com outras pessoas. Provavelmente, o indivíduo sente-se mais adaptado, compreendido e incluído na sua família de origem do que na convivência com outras pessoas. No enfrentamento de situações de crise, o indivíduo deve lançar mão de recursos para obter sucesso nessa situação e assim, evitar o mal ajustamento e a má adaptação, que podem precipitar um distúrbio mental.

Assim, o suporte de pessoas mais íntimas pode funcionar como proteção frente ao estresse vivenciado nas situações adversas (Cadden, 1980). Outra análise comparou os participantes que moravam com a família constituída X participantes que moravam com outras pessoas. Um resultado limítrofe para diferença significativa entre os grupos foi encontrado na dimensão Adaptação Familiar do IPSF, o que indica melhor adaptação familiar dos participantes que moravam com a família constituída em relação aos participantes que moravam com outras pessoas. Em relação ao QSG, as dimensões Estresse Psíquico e Desconfiança no Próprio Desempenho mostraram-se significativas para diferenciar os grupos. Este resultado aponta que os participantes que moravam com famílias constituídas obtiveram menores índices de estresse psíquico e desconfiança no próprio desempenho em relação aos participantes que moravam com outras pessoas. É presumível que os indivíduos de família constituída possuam mais sentimento de pertença e inclusão do que na convivência com outras pessoas. O suporte oferecido pela família aos seus membros pode funcionar como amortecedor do estresse vital, permitindo que o indivíduo enfrente a situação que se mostra estressora (Castro, Campero & Hernández, 1997).

Na comparação dos participantes que tinham um membro próximo da família falecido com os que não tinham em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental, não foram encontradas diferenças significativas. O tempo de falecimento dos membros próximos da família dos participantes também foi comparado em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental destes, separando-se em dois grupos: a) até dois anos de falecimento e b) mais de dois anos. Também não foram encontradas diferenças significativas entre esses dois grupos.

Na diferença entre os sexos, em relação às dimensões do IPSF, não foram encontradas diferenças significativas, o que condiz com os resultados encontrados por Santos (2006) e contraria os encontrados por Rigotto (2006), cujos resultados encontrados apontam para maior

percepção de autonomia dos homens e menor percepção de Adaptação familiar pelas mulheres. Para o QSG, foram verificadas diferenças para as dimensões Estresse Psíquico, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do sono, Distúrbios Psicossomáticos e Severidade de Doença Mental. As participantes do sexo feminino apresentam maior estresse psíquico, mais desconfiança no próprio desempenho, mais distúrbios do sono, mais distúrbios psicossomáticos e maior severidade de doença mental, quando comparadas aos participantes do sexo masculino. Estes resultados apresentam-se iguais ao resultado do estudo que deu origem à adaptação brasileira do QSG, no qual as mulheres apresentam escores maiores que o dos homens, indicando que estas possuem maior nível de labilidade (Pasquali & cols., 1996).

Na comparação da declaração de cor/raça grupos de negros, pardos, mulatos e indígenas diferiram de brancos e amarelos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Em relação ao IPSF, apenas a Autonomia Familiar mostrou-se significativa na diferença entre os grupos. Os participantes que se declararam brancos e amarelos apresentaram maior independência da família quando comparados com os negros, pardos, mulatos e indígenas. Não foram encontradas evidências na literatura que fundamentem tal relação. Em relação ao QSG, apenas a dimensão Distúrbio do sono diferenciou os grupos. Os participantes que se declararam negros, pardos, mulatos e indígenas apresentaram mais distúrbios do sono quando comparados com os que se declararam brancos e amarelos. Para a OMS (2001), as pessoas que são discriminadas racialmente têm risco aumentado tanto para o surgimento quanto para o agravamento de doenças mentais. Os distúrbios do sono, enquanto sintomas presente em doenças mentais, podem incluir-se nesse agravamento.

Na comparação entre as áreas do conhecimento, foram encontradas diferenças para a dimensão Adaptação Familiar, e para o QSG, as dimensões que diferenciaram os grupos foram a Desconfiança no Próprio Desempenho e os Distúrbios do Sono. Nos resultados tomados dois a

dois, foram encontradas diferenças significativas para a área de humanas x área exatas apenas em relação ao QSG, nas dimensões Desconfiança no Próprio Desempenho e Distúrbios do Sono e um resultado limítrofe para a dimensão Severidade de Doença Mental. Esse resultado permite inferir que os participantes da área humanas possuem maior desconfiança no próprio desempenho, mais distúrbios do sono e mesmo que tendenciosamente, maior severidade de doença mental quando comparados com os participantes da área exatas. Não foram encontradas na literatura, evidências que satisfizessem essas relações.

Na comparação dos participantes da área da saúde X participantes da área exatas, foi encontrada diferença significativa na dimensão Adaptação Familiar do IPSF, sugerindo que os participantes da área da saúde encontram-se menos adaptados na família quando comparados com os participantes da área exatas. Em parte, esse resultado confirma-se com o estudo de Rigotto (2006), no qual a comparação foi feita entre três cursos, quais sejam: Psicologia, Engenharia e Educação Física. Os participantes do curso de Psicologia apresentaram menor adaptação familiar, assim como os participantes da área da saúde da presente pesquisa (cujas maior parte dos participantes cursavam Psicologia). E em relação ao QSG, diferenças significativas entre as duas áreas do conhecimento foram encontradas nas dimensões Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Severidade de Doença Mental. Estes resultados sugerem que os participantes da área da saúde encontram-se com mais desconfiança no próprio desempenho, maior sintomatologia para distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e maior severidade de doença mental quando comparados com os participantes da área exatas. Observa-se uma carência na literatura de textos que comparem os cursos ou mesmo áreas do conhecimento em relação à saúde mental dos indivíduos. Outra análise comparou os participantes da área humanas X participantes da área da saúde. Apenas um resultado limítrofe para diferença significativa entre os grupos foi encontrado

na dimensão Adaptação Familiar, do IPSF o que indica melhor adaptação familiar dos participantes da área humanas em relação aos participantes da área da saúde. Conforme descrito acima, existe alguma semelhança entre os resultados do presente estudo com o estudo de Rigotto (2006), que enfatiza a menor percepção de adaptação na família para estudantes do curso de Psicologia, porém, fica difícil comparar os dados uma vez que esses não se encontram separados igualmente por área do conhecimento.

Na correlação do nível econômico com a percepção do suporte familiar e o estado de saúde mental dos participantes, mostraram-se significativamente correlacionadas as dimensões Afetivo-Consistente e Suporte Familiar Total, do IPSF. Esses resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a afetividade, consistência e suporte familiar. Carvalho e Almeida (2003) ressaltam que a pobreza não se encontra relacionada diretamente com a ausência de suporte familiar e que esse suporte da família pode proteger o indivíduo de situações adversas, como dificuldades financeiras. Para as correlações com o QSG, mostraram-se correlacionadas significativamente as dimensões Estresse Psíquico e Distúrbios Psicossomáticos. Foram encontrados resultados limítrofes para correlação significativa, quais sejam: Desejo de Morte, Desconfiança no Próprio Desempenho e Severidade de Doença Mental. Esses dados sugerem que quanto melhor o nível econômico dos participantes, menos estresse psíquico, distúrbios psicossomáticos e ainda que tendenciosamente, menor desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho e severidade de doença mental. Segundo a OMS (2001), as pessoas com baixo nível socioeconômico estão mais expostas aos riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos que afetam a saúde.

A correlação entre o nível econômico e a escolaridade dos pais e das mães dos participantes foi significativa. Estes resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a escolaridade dos pais e das mães. Esse resultado pode explicar melhor a correlação do

nível econômico com a percepção do suporte familiar que se mostrou significativa para as dimensões Afetivo-Consistente e Suporte Familiar Total, do IPSF. Esses resultados conjugados sugerem que quanto maior o nível econômico, e maior a escolaridade dos pais e das mães, melhor a percepção de afetividade, consistência e suporte familiar pelos participantes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o estudo realizado, com o objetivo de buscar evidência de validade baseada na relação entre variáveis, o Inventário de Percepção do Suporte Familiar mostrou-se satisfatório para avaliar a percepção do suporte familiar recebido, já que não se buscavam correlações médias ou tampouco altas, por tratar-se de construtos diferentes que estão relacionados. É importante ressaltar a viabilidade de tal instrumento, que é prático, simples e auto-aplicável, o que pode facilitar sua utilização em outras pesquisas, nas relações com outras variáveis.

Diante das correlações encontradas entre os dois instrumentos e suas dimensões, a saber: o Inventário de Suporte Familiar - IPSF (Afetivo-Consistente, Adaptação e Autonomia Familiar) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (Estresse Psíquico, Desejo de Morte, Desconfiança no Próprio Desempenho, Distúrbios do Sono, Distúrbios Psicossomáticos e Severidade de Doença Mental) entende-se que a percepção de demonstrações de afeto, carinho, expressões verbais e não-verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, tais como inclusão e compreensão, além do estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família, colaboram para menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

Mostraram-se relevantes na avaliação desses dois construtos, a investigação da estrutura familiar, sexo, raça, curso, nível econômico e eventos de vida estressantes. Os dados da pesquisa em questão não demonstraram uma variação considerável para se avaliar diferenças na idade dos participantes com relação à percepção do suporte familiar recebido e ao estado de saúde mental,

sendo esta uma das limitações deste estudo. Ainda, com relação aos eventos estressantes de vida, constitui-se também uma restrição o fato de que estes foram avaliados com base em uma entrevista, porém transformados em questões fechadas, sendo impossível coletar informações importantes que são consideradas no formato de entrevista.

A presente pesquisa se propôs a estudar apenas as relações existentes entre o suporte familiar percebido, o estado de saúde mental, os eventos de vida estressantes, a estrutura familiar e os dados sociodemográficos, enquanto outras variáveis também se mostram relacionadas a tais construtos, tais como: estratégias de enfrentamento (*coping*), personalidade, resiliência, locus de controle, auto-eficácia, entre outras. Todas essas variáveis podem ser compreendidas, de maneira geral, como variáveis individuais que podem diferenciar os sujeitos quanto à percepção do suporte familiar e quanto ao estado de saúde mental destes, e portanto, mostram-se relevantes no estudo com os construtos envolvidos.

Destaca-se a importância em suprir tais limitações dando continuidade aos estudos com o Suporte Familiar, aos estudos com diferentes tipos de validade, com diversas outras variáveis e em grupos com diferentes idades, diferentes culturas, em diferentes contextos, com amostras diferentes.

REFERÊNCIAS

- Ackerman, N. (1986). Aspectos clínicos do diagnóstico familiar. Em: N. Ackerman, *Diagnóstico e tratamento das relações familiares* (pp. 107-115). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alchaer, J. R. A., Bahsas, F. B., Nieto, R. H., & Salinas, P. J. (1994). Relacion entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 3 (3-4), 81-86.
- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P., & Primi, R. (2003). Instrumentos psicológicos comercializados no Brasil. Em: J. C. Alchieri, A. P. P. Noronha, & R. Primi. *Guia de referência: testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parent divorce and divorce and adult well-being: A meta analysis. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 26-46.
- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], Nacional Council on Measurement in Education [NCME] (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Validade: Conceitos Básicos. Em: A. Anastasi & S. Urbina. *Testagem Psicológica* (pp. 107-127). Porto Alegre: Artmed.
- Andolfi, M., Ângelo, C., Nicolo-Corigliano, A. N., & Menghi, P. (1994). O indivíduo e a família: dois sistemas em evolução. Em: M. Andolfi, C. Ângelo, A. N. Nicolo-Corigliano. *Por Trás da Máscara Familiar* (pp.17-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (2000). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 27 mar. 2005: www.anep.org.br.
- Baptista, M. N. (no prelo). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações, *Psicologia Ciência e Profissão*.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares, *Psico-USF*, 10 (1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: Histórico, Epidemiologia, Fatores de Risco e Modelos Integrativos. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e Suporte Familiar como Fatores de Risco na Depressão de Adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (2), 52-61.

- Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. de. (2004). Pesquisa de Suicídios no Brasil. Em: M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão: Atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N. & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.
- Barret, A. E., & Turner, R. J. (2005). Family Structure and Mental Health: The mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 156-169.
- Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council. (1996). Basic behavioral science research for mental health: Family processes and social networks. *American Psychologist*, 51, 622-630.
- Bassuk, E. L., Mickelson, K. D., Bissel, H. D. & Perloff, J. N. (2002). Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), 39-49.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating Factors of Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2 (1), 50-62.
- Bastos, C. L. (1997). Introdução. Em: C. Lyra Bastos, *Exame Psíquico: uma introdução prática à psicopatologia* (pp. 01-25). Rio de Janeiro: Revinter.
- Bemporad, J. R., & Romano, S. (1993). Childhood experience and adult depression: a review of studies. *American Journal Psychoanalysis*, 53, 301-15.
- Bifulco, A., Brown, G.W., Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1419-1435.
- Brady, N., McCain, G. C. (2005). Living with schizophrenia: a family perspective. *Online Journal Issues Nursing*, 10 (1). Recuperado em 17 fev. 2006: http://nursingworld.org/ojin/hirsh/topic4/tpc4_2.htm
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44, 469-477.
- Bron, B., Strack, M., & Rudolph, G. (1991). Childhood experience of loss and suicide attempts: significance in depressive states of major depressed and dystimic or adjustment disorder patients. *Journal Affective Disorders*, 23, 165-72.
- Cadden, V. (1980). Crise na Família. Em: G. Caplan *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (pp. 307-315). São Paulo: Zahar.

- Callegari-Jacques, S. M. (2003). Testes Não-Paramétricos. Em: S. M. Callegari-Jacques *Bioestatística: Princípios e Aplicações* (pp.165-184). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. Em: G. Caplan *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (pp. 40-69). São Paulo: Zahar.
- Carvalho, I. M. M. de, & Almeida, P. H. de. (2003). Família e Proteção Social. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2), 109-122.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafios. *Revista de Saúde Pública*, 31 (4), 425-35.
- Ceberio, M. R. (2006). Vejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Recuperado em 18 fev. 2006: <http://www.psiquiatria.com>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Corcoran, K., & Fischer, J. (1987). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: The Free Press.
- Cordioli, A. V. (org) (1998). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Cronbach, L. J. (1996). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Artmed: Porto Alegre.
- Ehiobuche, I. (1988). Obsessive-compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns amongst the Greek, Italian, and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 344, 115-20.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Ey, H. (1981). História da Psiquiatria. Em: H. Ey, *Manual de Psiquiatria* (pp. 57-64). Paris: Masson.
- Faubert, R., Forehand, R., Thomas, A. M. & Wierson, M. (1990). A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: the role of disrupted parenting. *Child Development*, 61, 1112-1123.

- Favarelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S. Grecu, L. M., Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (1), 6-8.
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, suplemento, 485-493.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: Diagnóstico e Terapia*. Petrópolis: Vozes.
- Goldberg, R. L., Mann, L., Wise, T., & Segall, E. (1985). Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 134-140.
- Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. Em A. Del Prette & Z. Del Prette. *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 21-60). Campinas: Alínea.
- Green, R. G., Kolevzon, M. S. & Vosler, N. R. (1985). The Beavers-Timberlawn Model of family competence and the circumplex model of family adaptability and cohesion: Separate but equal? *Family Process*, 24, 385-398.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-39.
- Hintz, H. C. (2001). Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Famílias*, 3, 8-19.
- Holmes, D. S. (1997). História e Definições. Em: S. David Holmes, *Psicologia dos Transtornos Mentais* (pp. 25-35). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Humphrey, L.L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 57(2), 206-14.
- Kashani, J. H., Dandoy, A.C., Vaidya, A. F., Soltys, S. M., & Reid, J. C. (1990). Risk factors and correlates of severe psychiatric disorders in sample of inpatient children. *American Journal Psychiatry*, 147 (6), 780-784.
- Kashani, J. H., Canfield, L. A., Borduin, C. M., Soltys, S. M., & Reid, J. C. (1994). Perceived Family and Social Support: Impact on Children. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (6), 819-823.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Archives General Psychiatry*, 49, 109-16.
- Kinsman, A. M., Wildman, B. G., & Smucker, W. D. (1999). Relationships among parental reports of child, parent, and family functioning. *Family Process*, 38 (3), 341-351.

- Kunugi, H., Sugawara, N., Aoki, H., Nanko, S., Hirose, T., & Kazamatsuri, H. (1995). Early parental loss and depressive disorder in Japan. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 245, 109-13.
- Landerman R., George, L. K., & Blazer, D. G. (1991). Adult vulnerability for psychiatric disorders: interactive effects of negative childhood experiences and recent stress. *Journal Nervouse Mental Disorders*, 179, 656-63.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopez, S. R., Nelson Hipke, K., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C., Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, Expressed Emotion, Attributions, and Course of Schizophrenia: Family Warmth Matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3) 428-439.
- Loureiro, S. R. (2000). Transtornos de Personalidade e Avaliação Psicodiagnóstica. Em: F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini & R. Primi (Orgs.), *Contextos e Questões da Avaliação Psicológica* (pp. 51-61). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Luecken, L. J. (2000). Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *Journal Psychosomatic Research*, 49, 85-91.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. de (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36 (2), 213-221.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse Negligence*, 21, 1177-90.
- Magliano, L. Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science e Medicine*, 61, 313-322.
- Marks, Gary N. (2006) Family Size, Family Type and Student Achievement: Cross-National Differences and the Role of Socioeconomic and School Factors, *Journal of Comparative Family Studies*, 37(1), 1-27
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinávica*, 92(5), 336-344.
- Martins, M. F. D., Costa, J. S. D. da, Saforcada, E. T., & Cunha, M. D. C. (2004). Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (3), 710-718.
- McFarlene, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 847-864.

- McLeod, J. D. (1991). Childhood parental loss and adult depression. *Journal Health Social Behavior*, 32, 205-20.
- Miranda-Sá Jr., L. S. de (2001). Etiologia Geral das Enfermidades Psiquiátricas. Em: L. Salvador de Miranda-Sá Jr. *Compêndio de Psicopatologia e Semiologia Psiquiátrica* (pp. 339-359). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Montiel, L. G. V., Pena, G. M., & Nava, P. B. (2003). Factores psicossociales y predisponentes em el intento de suicídio com pacientes hospitalizados. *Interpsiquis*. Recuperado em 18 fev. 2006: <http://www.psiquiatria.com>.
- Moos, R. H. (1990). Depressed outpatients' life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 105-12.
- Morano, C. D., Cisler, R. A., & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss insufficient familial support and hopelessness. *Adolescence*, 28 (112), 851-865.
- Mota, E. L. A., Franco, A. L. S., & Motta, M. C. (1999). Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (1), 32-39.
- Oliveira, M. G., Fonseca, P. P. & Del Porto, J. A. (2002). Versão brasileira da entrevista de Paykel para eventos de vida recentes. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IV (1), 47-61.
- Olson, D. H., Russell, C., Sprenkle, D. H. (1983) Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 20 de nov. 2005: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Conselho Executivo – 107ª sessão*. Recuperado em 21 mar. 2005: www.saudemental.med.br/OMS.htm.
- Organização Panamericana da Saúde (OPS) (2003). Suicídio: La Violência Autoinfligida. Em: OPS, Informe Mundial Sobre La Violência y La Salud (pp.200-231). Recuperado em 10 de dez. 2006: http://www.pho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm.
- Ostrander, R., Weinfurt, K. P. & Nay, W. R. (1998). The role of age, family support, and negative cognitions in the prediction of depressive symptoms. *School Psychology Review*, 27 (1), 121-137.

- Pace, A. E., Nunes, P. D., Ocho-Vigo, K. (2003). O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3, 11-23.
- Parker, G. (1979). Parental Characteristics in Relation to Depressive Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-47.
- Parker, G.; Tupling, H., & Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1 - 10.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Patten, S. B. (1991). The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Canadian Journal Psychiatry*, 36, 706-11.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support From Friends and From Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology*, 11 (1), 1-24.
- Ribeiro, P. R. M. (1996). *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre Suporte Familiar, Suporte Social e Autoconceito*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Rhodes, B., & Kroger, J (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.
- Rosengren, A., Orth-Gomér, K., Wedel, H., & Wilhelmsen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Journal Medicine*, 307, 1102-5.
- Ross, C. & Wu, C. (1996). Education, age and the cumulative advantages in health. *Journal of health and social behavior*, 37, 104-120.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatric*, 53 (3), 316-31.
- Santos, T. M. M. (2006). *Evidência de validade entre Percepção de Suporte Familiar e Traços de Personalidade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Sprovieri, M. H. S., & Assumpção Jr., F. B. (2001). Dinâmica familiar de crianças autistas. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59 (2), 230-237.

- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Vietta, E. P., Kodato, S. & Furlan, R. (2001). Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 97-103.
- Williams, G. L., Chamove, A. S., & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (3), 327-35.
- Weinman, M. L., Buzi, R, Smith P. B., & Mumford, D. M. (2003). Associations of family support, resiliency, and depression symptoms among indigent teens attending a family planning clinic. *Psychological Reports*, 93 (1):719-31.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1 - Código: _____

Questionário de Identificação2 - **Sexo:** ¹() Masculino ²() Feminino3 - **Idade:**4 - **Estado Civil:**¹() Solteiro ⁴() Desquitado/ Divorciado²() Casado ⁵() Recasado³() Viúvo ⁶() Outros:5 - **Possui filhos:**¹() Não ²() Sim. Quantos?6 - **Curso:**7 - **Semestre:**8 - **Com quem mora atualmente?**¹() Sozinho ⁴() Com meu esposo(a) e filhos²() República/ pensionato de estudantes ⁵() Apenas com meus filhos³() Com meus pais e irmãos ⁶() Outros:9 - **Quem é considerado “chefe da família” (quem gerencia a família financeiramente)?**¹() Você ⁵() Irmã(o)²() Cônjuge ⁶() Não tem ninguém específico³() Pai ⁷() Outros:⁴() Mãe10 - **Qual o grau de escolaridade da pessoa considerada chefe da família?**¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/
Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto ⁵() Superior completo³() Fundamental II completo/
Médio incompleto11 - **Indique o nível de escolaridade dos seus pais:**¹() Analfabeto/ fundamental incompleto ⁴() Médio completo / Superior incompleto²() Fundamental I (1ª a 4ª) completo/
Fundamental II (5ª a 8ª) incompleto ⁵() Superior completo³() Fundamental II completo/
Médio incompleto

18 – Se você tem algum membro próximo da família falecido, quanto tempo faz?

- ¹() Até 2 anos ⁴() De 4 a 5 anos
²() De 2 a 3 anos ⁵() Mais de 5 anos. Quantos?
³() De 3 a 4 anos

19 – Declaração de cor/ raça

- ¹() Negro ⁴() Amarela (de origem oriental)
²() Branco ⁵() Indígena (de origem indígena)
³() Pardo/ Mulato

20 – Assinale a seguir, os acontecimentos vividos por você, no último ano**Trabalho**

- Mudança de emprego ()
 Aumento na jornada de trabalho ()
 Diminuição na jornada de trabalho ()
 Dificuldades nas relações de trabalho ()
 Promoção ou aumento de salário ()
 Rebaixamento no trabalho ()
 Demissão ou dispensa ()
 Aposentadoria ()
 Desempregado por um mês mais ()
 Falência nos negócios ()

Educação

- Retomou/ Iniciou os estudos ()
 Mudança de escola ()
 Interrupção de curso ()
 Teve fracasso acadêmico importante ()

Questões Financeiras

- Dificuldades financeiras moderadas ()
 Dificuldades financeiras grandes ()
 Melhora nas finanças ()

Saúde

- Doença física pessoal grave ()
 Doença grave de familiar próximo ()
 Gravidez desejada ()
 Gravidez não desejada ()
 Aborto espontâneo, natimorto, aborto ()
 Menopausa ()
 Dificuldades sexuais ()
 Está acima do peso considerado saudável ()

Lutos/ Perdas

- Morte de amigo íntimo ou parente significativo ()

- Morte de membro da família ()
 Morte de filho (adotivo ou não) ()
 Morte de cônjuge ()
 Perdas ou roubos de objetos de valor ()

Migração/ Mudanças

- Mudança dentro da mesma cidade ()
 Mudança para outra cidade/ país ()

Namoro/ Coabitação

- Ficou noivo(a)/ Casou-se ()
 Rompeu noivado ()
 Encerrou namoro estável ()
 Briga séria com noivo(a), cônjuge ou parceiro(a) ()

Questões Legais

- Foi multado ()
 Teve que ir ao tribunal/ fórum por alguma questão legal ()
 Teve sentença de prisão ()
 Foi processado ()
 Teve membro da família processado ()

Família

- Nascimento de um filho/ Adoção ()
 Inclusão de uma pessoa diferente morando na mesma casa (excluí-se filhos) ()
 Noivado ou casamento de filhos ()
 Saída de filho de casa ()
 Teve problemas familiares considerados sérios com pessoas que residem com você ()

Matrimônio

- Relação extraconjugal ou infidelidade ()
 Relação extraconjugal ou infidelidade do parceiro ()
 Reconciliação matrimonial ()
 Cônjuge começou ou parou de trabalhar ()

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG)

Questionário de Saúde Geral de Goldberg
Q S G
(Adaptação Brasileira)

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO:

Neste questionário é apresentada uma série de 60 afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA, por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS escrevendo, no quadrinho da Folha de Respostas correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica a você. É NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se porventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime de você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentia no passado. É importante que você procure responder a todas as perguntas. PODE COMEÇAR

Você ultimamente:

<p>1. Tem sentido perfeitamente bem e com boa saúde?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor do que de costume 2. como de costume 3. pior do que de costume 4. muito pior do que de costume 	<p>10. Tem suado (transpirado) muito?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>2. Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>11. Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>3. Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadiço?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>12. Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>4. Tem se sentido mal de saúde?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>13. Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>5. Tem sentido dores de cabeça?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>14. Tem perdido muito sono por causa de preocupações?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>6. Tem sentido dores na cabeça?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>15. Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>7. Tem sido capaz de se concentrar no que faz?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume 	<p>16. Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor do que de costume 2. como de costume 3. com menos do que de costume 4. com muito menos do que de costume
<p>8. Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>17. Tem sentido dificuldade de conciliar o sono? (pegar no sono)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>9. Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>18. Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono (após ter pegado no sono)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume

<p>19. Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>30. Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais satisfeito do que de costume 2. como de costume 3. menos satisfeito do que de costume 4. muito menos satisfeito do que de costume
<p>20. Tem tido noites agitadas e maldormidas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>31. Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o Cercam?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>21. Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. um pouco menos do que de costume 4. muito menos do que de costume 	<p>32. Tem achado fácil conviver com outras pessoas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais fácil do que de costume 2. tão fácil como de costume 3. mais difícil do que de costume 4. muito mais difícil do que de costume
<p>22. Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais rápido do que de costume 2. como de costume 3. mais tempo do que de costume 4. muito mais tempo do que de costume 	<p>33. Tem gasto muito tempo batendo papo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais tempo do que de costume 2. tanto quanto de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>23. Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades diárias?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>34. Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo (parecer ridículo)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>24. Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>35. Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. menos útil do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>25. Tem tido menos cuidado com suas roupas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais cuidado do que de costume 2. como de costume 3. menos cuidado do que de costume 4. muito menos cuidado do que de costume 	<p>36. Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>26. Tem saído de casa com a mesma freqüência de costume?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume 	<p>37. Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>27. Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor que de costume 2. mais ou menos igual 3. um pouco pior 4. muito pior 	<p>38. Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>28. Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melhor que de costume 2. como de costume 3. pior do que de costume 4. muito pior do que de costume 	<p>39. Tem se sentido constantemente sob tensão?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>29. Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. mais atrasado do que de costume 3. pouco mais atrasado do que de costume 4. muito mais atrasado do que de costume 	<p>40. Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume

<p>41. Tem achado a vida uma luta constante?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>51. Tem se considerado como uma pessoa inútil (sem valor)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>42. Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. um pouco menos do que de costume 4. muito menos do que de costume 	<p>52. Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>43. Tem tido pouca paciência com as coisas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. menos paciência do que de costume 4. muito menos paciência do que de costume 	<p>53. Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>44. Tem se sentido irritado e mal-humorado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>54. Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais do que de costume 2. assim como de costume 3. menos do que de costume 4. muito menos do que de costume
<p>45. Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>55. Tem se sentido nervoso e sempre tenso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>46. Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mais capaz do que de costume 2. como de costume 3. menos capaz do que de costume 4. muito menos capaz do que de costume 	<p>56. Tem sentido que a vida não vale a pena?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>47. Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>57. Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definitivamente, não 2. acho que não 3. passou-me pela cabeça 4. definitivamente, sim
<p>48. Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>58. Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>49. Tem se sentido infeliz e deprimido?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>59. Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume
<p>50. Tem perdido a confiança em você mesmo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não, absolutamente 2. não mais do que de costume 3. um pouco mais do que de costume 4. muito mais do que de costume 	<p>60. Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. definitivamente, não 2. acho que não 3. passou-me pela cabeça 4. definitivamente, sim

ANEXO 3

**INVENTÁRIO DE PERCEÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR
(IPSF)**

**Inventário de Percepção de Suporte Familiar
I P S F**

Neste questionário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre a sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Nº	AFIRMAÇÕES	“OUASE NUNCA” OU “NUNCA”	“ÀS VEZES ”	“OUASE SEMPRE” OU “SEMPRE”
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias			
02	As pessoas na minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família			
04	Meus familiares me elogiam			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens			
07	Eu sinto raiva da minha família			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero			
11	Minha família discute seus medos e preocupações			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a)			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante			
18	Em minha família tem privacidade			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser			
20	Há ódio em minha família			
21	Eu sinto que minha família não me compreende			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando			
24	Os membros da minha família se tocam e se abraçam			
25	Minha família me proporciona muito conforto emocional			
26	Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido(a)			
27	Viver com minha família é desagradável			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência			
32	Em minha família há competitividade entre os membros			
33	Eu sinto vergonha da minha família			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer			
35	Em minha família demonstramos carinho através das palavras			
36	Minha família me irrita			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero			
39	Eu me sinto excluído da família			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim			
41	Meus familiares servem como bons modelos em minha vida			
42	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras			

ANEXO 4

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE

SÃO FRANCISCO

Itatiba, 05 de novembro de 2005.

Comitê de Ética em Pesquisa – Ciências Humanas e Exatas – USF

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CHE/USF

Estudo: “Suporte Familiar em grupos com diferentes graus de sintomatologia em saúde mental.”

Autores: Prof. Makilim Nunes Baptista
Mayra Silva de Souza

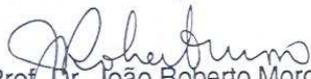
Protocolo nº. 184/05

Prezada Profa.,

O CEP/CHE em reunião ordinária realizada no dia 30 de novembro de 2005 analisou o projeto supra citado, desenvolvido por V. S^ª. Este Comitê, acatando o parecer do relator indicado, apresenta-lhe o seguinte parecer:

Parecer: Aprovado

Atenciosamente,


Prof. Dr. João Roberto Moro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Área de Ciências Humanas e Exatas
Universidade São Francisco

ANEXO 5

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA – ÁREA DE CIÊNCIAS HUMANAS E EXATAS**

Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação entre Variáveis

Responsáveis: Mayra Silva de Souza (mestranda em Psicologia) e
Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista (orientador)

O abaixo-assinado (nome, idade, RG, endereço) declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, de responsabilidade do pesquisador. O abaixo-assinado está ciente que:

i - O objetivo da pesquisa é buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção do suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).

ii. - Durante o estudo, deverá responder a um questionário de identificação, um inventário de percepção familiar e um questionário de saúde geral.

iii. A participação nesta pesquisa poderá lhe causar constrangimento

iv - A participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico.

v - Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo.

vi – Está livre para interromper a participação no estudo a qualquer momento

vii - Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

viii - Poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao estudo.

ix - Poderá contactar os responsáveis pelo estudo, quando necessário, pelo telefone (fone 11 - 4034-8028).

x - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

São Paulo, de de 2006.

Assinatura do Voluntário

Mayra Silva de Souza
Mestranda em Psicologia

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Orientador

1ª Via

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA – ÁREA DE CIÊNCIAS HUMANAS E EXATAS**

Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação entre Variáveis

Responsáveis: Mayra Silva de Souza (mestranda em Psicologia) e
Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista (orientador)

O abaixo-assinado (nome, idade, RG, endereço) declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, de responsabilidade do pesquisador. O abaixo-assinado está ciente que:

- i - O objetivo da pesquisa é buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção do suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG).
- ii. - Durante o estudo, deverá responder a um questionário de identificação, um inventário de percepção familiar e um questionário de saúde geral.
- iii. A participação nesta pesquisa poderá lhe causar constrangimento
- iv - A participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo ou benefício terapêutico.
- v - Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo.
- vi – Está livre para interromper a participação no estudo a qualquer momento
- vii - Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- viii - Poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao estudo.
- ix - Poderá contactar os responsáveis pelo estudo, quando necessário, pelo telefone (fone 11 - 4034-8028).
- x - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

São Paulo, de de 2006.

Assinatura do Voluntário

Mayra Silva de Souza
Mestranda em Psicologia

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Orientador

2ª Via