



Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis

Mayra Silva de Souza
Makilim Nunes Baptista
Gisele Aparecida da Silva Alves

Resumo: O presente estudo objetivou buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção de suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Participaram desta pesquisa 530 estudantes de uma universidade particular de São Paulo (SP), com faixa etária de 17 a 54 anos. Para avaliar a percepção de suporte familiar foi utilizado o IPSF e o QSG foi utilizado para avaliar a saúde mental. Como resultado, a maioria das dimensões dos dois instrumentos correlacionaram-se significativamente. Esse resultado indica que o instrumento em questão pode ser considerado adequado para avaliar a percepção de suporte familiar. Nas análises secundárias, foram encontradas diferenças entre sexo, raça e nível econômico com relação ao suporte familiar percebido e ao estado de saúde mental dos participantes.

Palavras-chave: suporte familiar; saúde mental; evidências de validade.

Family support and mental health: Validity evidence based on relations between variables

Abstract: The present study had the objective of searching for validity evidence based on relations to other variables among the Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) and the Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ). 530 students from a private university in SP, aging from 17 to 54 years old participated of this research. In order to assess the perception of family support the IPSF was used and GHQ was used to assess mental health. As a result, the majority of the dimensions in both instruments were significantly correlated. This result indicates that the IPSF may be considered an accurate instrument when assessing the perception of family support. In a second analysis, differences between gender, race and economical level related to family support and mental health were found.

Keywords: family support; mental health; validity evidences.

Introdução

A família se constitui como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, pois é 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 na construção cognitiva e de personalidade, também reproduzem pautas de interação, jogos relacionais e formas de manifestar afetos e emoções (Ceberio, 2006). 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).

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. O efeito do cumprimento dessas funções familiares pauta-se na medida em que os membros da família percebem-na como predominantemente afetuosa, coesa, com boa comunicação e regras flexíveis, desde que os limites e fronteiras estejam claros, provendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante de dificuldades ou doenças intercorrentes.

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).

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. Na medida em que o indivíduo percebe esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz conseqüências positivas para seu bem estar, como redução do estresse, aumento da auto-estima e do bem estar psicológico.

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. Quando a família desempenha esse papel facilitador, ela passa a funcionar como um sistema de suporte para seus membros funcionando como facilitadora da saúde mental de seus membros, dificultando o surgimento de uma doença mental. (Féres-Carneiro, 1992).

O conceito de doença mental vem sofrendo alterações em cada momento da história, variando 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. Assim, várias concepções já se traçaram ao longo desta trajetória (Holmes, 1997).

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.

Pesquisas apontam que pessoas com baixo nível sócio-econômico, que são discriminadas racialmente, pessoas do sexo feminino e também pessoas que convivem em grupos familiares instáveis e não suportivos constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Baptista, 2004; Baptista, Borges & Biagi, 2004; Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Ludermir & Melo Filho, 2002; Miranda-Sá Jr., 2001; Organização Mundial da Saúde, 2001; Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda & Ramos, 1996).

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 maior afeto o indivíduo receber no início da vida, maior será sua disponibilidade de enfrentar e superar os eventos estressantes de 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 auto-controle (Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003).

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). De maneira igual, extrema frieza, abertura à hostilidade, ou rejeição por cuidados frequentemente 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).

Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995) investigaram associações entre percepções da dinâmica familiar, depressão, 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 e suporte social em adolescentes pacientes psiquiátricos que tiveram sérias tentativas de suicídio. A desesperança é melhor preditora da intenção suicida que a depressão global. Especificamente neste estudo, as ideias 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).

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. 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); Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

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 respondeu a 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 (dificuldades no casamento, divórcio, ou separação, ou morte da pessoa amada) consideraram as relações disfuncionais entre os membros da família, enquanto outros eventos familiares não pesquisados podem estar relacionados à insônia (Bastien, Vallières & Morin, 2004).

Diante de tais estudos que associam o desenvolvimento de distúrbios mentais e as relações com família, é possível considerar de acordo com Bray (1995) importantes construtos utilizados nas avaliações familiares, a saber: comunicação, conflito, resolução de problemas, vínculo/coesão, afeto e emoção, intimidade, diferenciação e individualização, triangulação, estresse, e papéis familiares. O contexto da avaliação familiar no Brasil limita-se a instrumentos que avaliam construtos tais como estilo parental, percepção dos pais, dinâmica familiar e satisfação com a família, porém, nenhum deles avalia a percepção de suporte familiar. Foi baseado nessa justificativa que Baptista (2005) criou o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Para que se possa garantir que o teste mede o construto desejado, faz-se necessário investigar sua validade.

Quando um teste 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. 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 (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], e 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).

Na presente pesquisa, pretendeu-se buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, correlacionando o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), que avalia o suporte familiar, com o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), que avalia a saúde mental. Ainda buscou-se diferenças entre sexo, raça e nível econômico dos participantes de acordo com a percepção de suporte familiar percebido e sintomatologia em saúde mental.

Método

Participantes

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 variou de 17 a 54 anos, 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.

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.

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. Três estudantes (0,6%) não responderam essa questão.

Instrumentos

Questionário de identificação

Foi criado um instrumento fechado com o objetivo de identificar o participante, obtendo-se dados tais como: sexo, idade, cor/ raça, características econômicas, com base no Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEP, 2000).

Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)

Para a validade de construto deste instrumento utilizou-se 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).

Realizou-se posteriormente 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 (2007) constou de três dimensões.

A primeira dimensão é denominada Afetivo-Consistente, 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. A segunda é chamada de Adaptação Familiar, com 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 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. Por fim, o terceiro fator é chamado de Autonomia Familiar, sendo composto por 8 itens, se refere à 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.

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)

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.

Além do escore geral, os resultados do QSG originaram 5 fatores: a) tensão ou estresse psíquico (experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, tornando a vida uma luta constante, desgastante e infeliz); b) desejo de morte (vida sem sentido, inútil e sem perspectivas); c) desconfiança no próprio desempenho (consciência da capacidade de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória – escala invertida); d) distúrbios do sono (insônia e pesadelos); e) distúrbios psicossomáticos (dores de cabeça, fraqueza e calafrios).

Procedimento

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, 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.

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.

Resultados e discussão

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*, para comparação dos postos médios de duas amostras independentes e o teste de *Kruskal-Wallis* (*K*), para comparação dos postos médios de três ou mais amostras independentes. O nível de significância adotado para tais análises foi o de $p \leq 0,05$.

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, pontuando que quanto maior o suporte familiar percebido, menores manifestações de para doença mental, ou vice-versa. Estas correlações encontram-se a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 – Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) e as Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar

	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	$r_s = -0,17^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,18^{**}$ $p = 0,000$

* significante ao nível 0,05

**significante ao nível 0,01

Os resultados encontrados na correlação entre o Estresse Psíquico (QSG) e as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total do IPSF, estão de acordo com a literatura. Essas relações demonstram que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho, emoção por parte da família e ainda, na configuração das regras familiares, na eficácia na resolução das situações-problema, na autonomia outorgada, na adaptação do indivíduo na família, 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.

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.

Segundo Campos (2004), 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. 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 (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 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. Condizente com a afirmação, 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 ideias 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 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 Desconfiança no Próprio Desempenho 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. 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.

Em relação às análises secundárias, a percepção dos participantes quanto ao suporte familiar percebido e seu estado de saúde foram comparados entre os sexos, para verificar se haveria 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 ($U = 25744,500, p = 0,001$). 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 semelhantes 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 vulnerabilidade as doenças mentais (Pasquali & cols., 1996). Ainda, para a OMS (2001), 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.

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 ($U = 23296,000, p = 0,039$) 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 ($U = 23316,500, p = 0,040$) 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. 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.

Buscou-se correlacionar o nível econômico com a percepção do suporte familiar e o estado de saúde mental dos participantes. Mostraram-se significativamente correlacionadas as dimensões Afetivo-Consistente ($r_s = 0,13, p = 0,002$) e Suporte Familiar Total ($r_s = 0,11, p = 0,008$), do IPSF. Esses resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a afetividade, consistência e suporte familiar. Esse resultado é discutível, uma vez que a dificuldade financeira pode ser entendida como um evento estressor que a família enfrenta como um todo, podendo acarretar uma desestabilização no grupo familiar, e desfavorecendo o suporte que deveria ser oferecido. Por outro lado, a falta de recursos econômicos não impede que os pais proporcionem suporte emocional aos filhos. Neste sentido, 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 ($r_s = -0,09, p = 0,028$) e 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. Segundo a OMS (2001), as pessoas com baixo nível sócio-econômico estão mais expostas aos riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos que afetam a saúde, além de possuírem menos acesso ao sistema de saúde. Além da falta de recursos em si, essa relação explica-se 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.

De acordo com o estudo realizado, com o objetivo de buscar evidência de validade baseada na relação entre variáveis, o Inventário de Percepção de 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.

As evidências de validade encontradas por este estudo vêm a corroborar com outros estudos que também encontraram evidências de validade para o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (Baptista, 2005), baseadas na relação com outras variáveis, e correlacionavam o suporte familiar com vulnerabilidade ao estresse laboral (Aquino, 2007), traços de personalidade (Santos, 2005), suporte social e auto-conceito (Rigotto, 2006). Diante das correlações encontradas no presente estudo, entende-se que a percepção de demonstrações de afeto, carinho, expressões verbais e não-verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, além do estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família, estão associadas à 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 do sexo, raça e nível econômico. Uma limitação encontrada foi a não obtenção de 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. A presente pesquisa limitou-se ainda a estudar a relação entre o suporte familiar percebido, o estado de saúde mental, e dados sócio-demográficos, quando outras variáveis se mostram relacionadas a tais construtos como: estratégias de enfrentamento (*coping*), personalidade, resiliência, locus de controle e auto-eficácia. Todas essas variáveis podem ser compreendidas, de modo geral, como variáveis que podem diferenciar os sujeitos quanto à percepção do suporte familiar e quanto ao estado de saúde mental.

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

Referências

- 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.
- 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 (Orgs.), *Por trás da Máscara familiar* (pp.17-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aquino, R. R. (2007). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT): evidência de validade*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (2000). *Critério de classificação econômica brasil*. Disponível: <www.anep.org.br> Acessado: 27/03/2005.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- 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., 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.
- 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.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating Factors of Insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 2(1), 50-62.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44, 469-477.
- 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 (Org.), *Doença e família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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 desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35.
- Ceberio, M. R. (2006). Vejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Disponível: <<http://www.psiquiatria.com>> Acessado: 18/02/2006
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, (supl.), 485-493.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: diagnóstico e terapia*. Petrópolis: Vozes.
- Holmes, D. S. (1997). História e Definições. Em: S. David Holmes (Org.), *Psicologia dos transtornos mentais* (pp. 25-35). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: J. Mello Filho (Org.), *Doença e família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinávica*, 92(5), 336-344.
- 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.
- 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.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acessado: 20/11/2005.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Conselho Executivo – 107º sessão*. Disponível: <www.saudemental.med.br/OMS.htm> Acessado: 21/03/2005.
- 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.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e auto conceito*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Programa de Pós Graduação Stricto-Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Santos, T. M. M. (2005). *Evidência de validade entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- 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.
- 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.

Recebido em maio de 2007

Aceito em maio de 2008

Mayra Silva de Souza: mestre em Psicologia (Universidade São Francisco – USF- Itatiba/SP), docente da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) – Varginha/MG.

Makilim Nunes Baptista: psicólogo, mestre em Psicologia (PUC Campinas), doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica (Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP), docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF) –Itatiba/SP; Bolsista produtividade CNPq.

Gisele Aparecida da Silva Alves: Graduanda de Psicologia (Universidade São Francisco – USF- Itatiba/SP), bolsista PROBAIC-USF do PIC (Programa de Iniciação Científica).

Endereço para contato: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br