



Estudos e Pesquisas em Psicologia

ISSN: 1808-4281

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia

Dorta, Mirela Alves de Oliveira; Pallini, Ana Celi; Baptista, Makilim Nunes
Suporte Familiar, Traço/Estado Depressivo e Motivos
para Viver em Usuários da Atenção Primária/Secundária
Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 23, núm. 1, 2023, pp. 158-179
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia

DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2023.75306>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451876088009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

**Suporte Familiar, Traço/Estado Depressivo e Motivos para Viver em
Usuários da Atenção Primária/Secundária**

Mirela Alves de Oliveira Dorta*

Universidade São Francisco - USF, Itatiba, SP, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3147-7747>

Ana Celi Pallini**

Universidade São Francisco - USF, Itatiba, SP, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1348-2323>

Makilim Nunes Baptista***

Universidade São Francisco - USF, Itatiba, SP, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6519-254X>

RESUMO

A depressão pode ser desenvolvida, agravada e/ou prevenida em função de alguns fatores como suporte familiar e motivos para viver, além da possibilidade de ser concebida como traço e estado depressivo. O objetivo principal desta pesquisa foi testar um modelo teórico preditivo (*path analysis*) do suporte familiar sobre traço/estado depressivo e sobre os motivos para viver, em uma amostra de 123 participantes, composta por dois grupos: pacientes do CAPS-AD e da ESF e, posteriormente, verificar as diferenças desses aspectos na amostra estudada. Foram aplicados uma ficha sociodemográfica, a Escala Baptista de Depressão – Adulto (EBADEP-A), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), Escala de Traço e Estado Depressivo (ETED) e Escala Brasileira de Motivos para Viver (BEMVIVER). O resultado da *path analysis* indicou que os motivos para viver são explicados pelo estado e traço depressivo e pelo suporte familiar. Os pacientes do CAPS-AD, tinham maiores níveis de sintomatologia depressiva e estado depressivo do que o grupo do ESF. Pacientes do ESF apresentaram médias maiores de suporte familiar e motivos para viver. Conclui-se que investir em estratégias que potencializem os motivos para viver e o suporte familiar podem reduzir os riscos de sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: sintomatologia depressiva, família, motivos para viver, análise de caminhos.

Family Support, Depressive Traits/Conditions and Reasons For Living in Primary/Secondary Care Users

ABSTRACT

Depression can be developed, worsened and/or prevented depending on some factors such as: family support and reasons for living, in addition to the possibility of being conceived with a depressive trait and state. The main objective of this research was to test a predictive theoretical model (path analysis) of family support on the depressive trait/state and reasons for living, in a sample of 123 participants, composed of two groups: patients from the Psychosocial Care Center- Alcohol and Drugs (CAPS-AD) and the Family Health Strategy (ESF) and verify the differences of these aspects in the studied sample. A sociodemographic form, the Baptista Depression Scale -Adult (EBADEP-A), the Perceived Family Support Inventory (IPSF), Trait and Depressive State Scale (DTS) and the Brazilian Scale of Reasons to Live (BEMVIVER) were applied. The result of the path analysis indicated that the reasons for living are explained by the depressive state and trait and family support. CAPS-AD patients had higher levels of depressive symptoms and depressive state than the ESF group. ESF patients presented higher means of family support and reasons to live. It is concluded that investing in strategies that enhance the reasons to live and family support can reduce the risks of depressive symptoms.

Keywords: depressive symptoms, family, reasons for living, path analysis.

Lo Apoyo Familiar, Rasgos/Condiciones Depresivos y Razones Para Vivir en Usuarios de la Atención Primaria/Secundaria

RESUMEN

La Depresión puede desarrollarse, agravarse y prevenirse dependiendo de factores como: apoyo familiar y razones para vivir, además puede de ser concebido con un rasgo y estado depresivo. El objetivo de esta investigación fue probar un modelo teórico predictivo del apoyo familiar sobre el rasgo/estado depresivo y las razones de vivir y verificar las diferencias de esos aspectos en la muestra estudiada, de 123 participantes compuesta por dos grupos: pacientes del Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas (CAPS-AD) y la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se aplicó un formulario sociodemográfico, Escala de Depresión de Baptista - Adulto (EBADEP-A), Inventario de Apoyo Familiar Percibido (IPSF), Escala de Rasgo y Estado Depresivo (DTS), Escala Brasileña de Razones para Vivir (BEMVIVER). El resultado del análisis indicó que las razones para vivir a ser explicadas por el estado y rasgo depresivo y por el apoyo familiar. Los pacientes CAPS-AD tenían niveles más altos de síntomas y estado depresivo que el grupo ESF. Los pacientes ESF presentaron mayores medios de apoyo familiar y razones para vivir. Se concluye que invertir en estrategias que potencien estas razones y apoyo familiar puede en la reducción de los riesgos de síntomas depresivos.

Palabras clave: síntomas depresivos, familia, razones para vivir, análisis de ruta.

A depressão tem sido considerada como o/a “mal/demanda” do século, sendo o transtorno mais incapacitante do mundo. Existe um consenso na literatura sobre a existência de traços depressivos – características depressivas estáveis na personalidade que predis põem o risco de desenvolver um transtorno depressivo – e estados depressivos – respostas transitórias com presença de sintomas depressivos que, geralmente, surgem em momentos impactantes e dolorosos da vida (Caires & Silva, 2015; Coimbra de Matos, 2001; Mira, 2017). Estudos propõem que pessoas com maior traço depressivo, tenderão a apresentar mais estados depressivos ao longo da vida (Campos, 2010; Coimbra de Matos, 2001) e, conseqüentemente, menos motivos para viver. Um dos aspectos protetivos em relação à depressão é o suporte familiar, sendo, desde a infância, um possível atenuador e aspecto preventivo para o desenvolvimento da depressão (Campos, 2010). Porém, ainda falta um modelo teórico e de predição que evidencie o impacto de variáveis antecedentes distais (e.g. suporte familiar) sobre traço e estado depressivo, bem como os impactos dessas variáveis sobre os motivos para viver, aspecto que será foco principal do presente estudo.

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por uma experiência subjetiva de grande sofrimento, descrito pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5.^a edição (DSM-5) (*American Psychological Association*, 2014). Ele contempla aspectos relacionados aos traços e estados depressivos. Os traços são comportamentos adaptativos, processos cognitivos e espontâneos pelo qual forma-se a personalidade e, por isso, são fatores estáveis na vida. Os traços depressivos mais comuns são: desamparo, culpa, autodepreciação e baixa autoestima (Mira, 2017). Já o estado, é um aspecto que varia com o tempo, considerado uma resposta transitória, associada à alta necessidade e aplicação de energia psíquica, diante de um cenário específico. Sendo assim, o estado depressivo é mais visível em momentos críticos e desfavoráveis, como perdas, mortes e lutos, podendo ser considerado um preditor mais potente para o desenvolvimento da depressão, mais do que os traços depressivos (Caires & Silva, 2015).

Diante do risco e da identificação de sintomatologia depressiva, é importante observar variáveis que podem funcionar como fatores de proteção, tais como o suporte familiar e os motivos para viver. O suporte familiar envolve demonstração de afeto, cuidado e comunicação efetiva entre familiares, favorecendo a sensação de ser amado e protegido (Borges & Pacheco, 2018). Como família, nesse tipo de suporte, são consideradas as pessoas mais próximas que vivem com o sujeito, como os pais, avós, tios, pais adotivos ou padrastos, dentre outros.

Campos (2010) aponta que o indivíduo engendra as suas relações durante a vida e que a qualidade dessas relações vai determinar/influenciar as características pessoais. Se as relações parentais e outras constituídas na infância forem perturbadoras, principalmente com pessoas significativas (e.g. pai, mãe), serão criados determinados estilos de personalidade predisponentes, tais como a “personalidade depressiva”, que podem contribuir para a ocorrência de estados depressivos sintomáticos, sob a influência de acontecimentos disruptivos. Sendo assim, a vivência de relações saudáveis com suporte efetivo da família, pode favorecer uma personalidade mais resiliente e saudável, com maneiras mais adaptativas de enfrentar as diversas situações da vida e, provavelmente, com menos experiências de adoecimento mental.

Silva et al. (2018) afirmaram que a ausência ou diminuição da percepção do suporte familiar pode acarretar sofrimento, desajustamento psicológico e emoções negativas, além de provocar danos significativos, como a diminuição da autoestima e/ou do autoconceito, favorecendo o desenvolvimento de uma personalidade vulnerável e a manifestação de sintomatologia depressiva. Gomes et al. (2020) já haviam ressaltado que suporte familiar funcional, relacionamentos significativos, resiliência, sabedoria, espiritualidade e outras variáveis positivas, consideradas como virtudes humanas, podem motivar a sobrevivência e amortecer situações estressoras. Portanto, estes aspectos precisam ser mais bem investigados para prevenir transtornos psicológicos como a depressão, focalizando uma visão mais positiva e otimista das pessoas, principalmente, nos contextos de saúde, locais em que essas variáveis foram pouco investigadas.

Diante disso, é importante considerar os motivos para viver, que se trata de tudo aquilo que as pessoas valorizam e consideram como importante na vida, motivos esses que podem contemplar diferentes aspectos, tais como: amigos e familiares, espiritualidade ou religiosidade, realização profissional, perspectivas e planos para o futuro, saúde, dentre outros. Os motivos para viver podem funcionar como atenuadores da depressão, porém, podem ser impactados negativamente, quando há a presença de traços e estados depressivos (Pallini, 2020). Cremasco e Baptista (2017), por exemplo, identificaram que pessoas com maior nível de depressão possuíam menos motivos para viver e vice-versa. Sendo assim, pode-se hipotetizar que tanto os traços quanto os estados depressivos afetam negativamente o desenvolvimento e a manutenção dos motivos para viver.

Isto posto, o principal objetivo do presente estudo foi testar um modelo teórico do suporte familiar (variável distal) predizendo sequencialmente o traço, o estado depressivo e os motivos para viver, bem como, predizendo diretamente os motivos para viver. Esse último

tendo em vista a lacuna na literatura sobre como o suporte familiar pode ser um fator preponderante para manutenção e aumento desses motivos ao longo da vida, para efeitos de comparação. Esperava-se que o suporte familiar fosse um preditor significativo e negativo sobre depressão (traço e estado) e positivo sobre motivos para viver, bem como, que o estado depressivo fosse um preditor negativo de motivos para viver, tais como evidenciados pela literatura. Considerando esses efeitos preditores, também era esperado que a relação entre esses construtos fosse evidenciada da mesma forma, ou seja, correlações positivas entre suporte familiar e motivos para viver e negativas entre essas variáveis com as de depressão (sintomas, traço e estado).

Como esse estudo foi feito com uma amostra de pacientes de duas instituições de saúde, a saber: Estratégia de Saúde da Família (ESF), de atenção primária de saúde, e Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), de atenção secundária de saúde, como objetivo secundário, também era esperado encontrar diferenças de média nos construtos, tendo em vista a complexidade de atenção de cada uma. Presumiu-se que o grupo do CAPS AD, ou seja, de atenção secundária de saúde, apresentaria maior nível de sintomatologia, traço e estado depressivo do que o grupo da ESF, e menor percepção de suporte familiar e motivos para viver. Essa hipótese se embasa nas considerações feitas por Fernandes et al. (2017), as quais indicam que o transtorno depressivo se destaca por diversos fatores, que envolvem a vulnerabilidade social e psicológica de quem faz o uso de substâncias.

Método

Participantes

Foram 123 indivíduos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos, um composto por pacientes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) – atenção primária da saúde – (n= 82) e outro de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD), que atende como atenção secundária da saúde (n=41), localizados em uma cidade do interior do estado de São Paulo. As idades variaram de 18 a 45 anos (M= 32,2; DP=8,17), e a maioria era do sexo feminino (70,7%). Porém, um adendo pode ser feito separadamente quanto ao sexo dos dois grupos, pois no CAPS-AD a predominância maior foi de homens e no ESF de mulheres, já que, em virtude dos dias da semana que foram feitas as coletas no

ESF, os atendimentos mais frequentes foram de Pediatria e de G.O. (Ginecologia e Obstetrícia). A caracterização detalhada da amostra se encontra na Tabela 1.

Tabela 1
Caracterização da Amostra

	CAPS AD		ESF		Amostra geral	
	n	%	n	%	n	%
Grupo de pessoas	41	33,3	82	66,7	123	100
Sexo						
Feminino	15	36,6	72	87,8	87	70,7
Masculino	26	63,4	10	12,2	36	29,3
Estado civil						
Solteiro	29	70,7	24	29,3	53	43,1
Casado/Amigado/ União estável	10	24,4	52	63,4	62	50,4
Desquitado/Divorciado	2	4,9	6	7,3	8	6,5
Escolaridade						
Analfabeto/Fund. I inc.	1	2,4	2	2,4	3	2,4
Fund. I comp./Fund. II inc.	17	41,5	12	14,6	29	23,6
Fund. II comp./Médio inc.	9	22,0	22	26,8	31	25,2
Médio comp./Superior inc.	12	29,3	42	51,2	54	43,9
Superior comp.	2	4,9	4	4,9	6	4,9
Trabalha atualmente						
Não	27	65,9	49	59,8	76	61,8
Sim	14	34,1	33	40,2	47	38,2
Família com depressão						
Não	19	46,3	53	64,6	72	58,5
Sim	22	53,7	29	35,4	51	41,5
Tratamento psicológico						
Não	33	80,5	78	95,1	111	90,2
Sim	81	9,5	4	4,9	12	9,8
Tratamento medicamentoso						
Não	29	70,7	75	91,5	104	84,6
Sim	12	29,3	7	8,5	19	15,4
Possui doença física						
Não	31	75,6	68	82,9	99	80,5
Sim	10	24,4	14	17,1	24	19,5
Pensou em suicídio						
Não	11	26,8	51	62,2	62	50,4
Sim	30	73,2	31	37,8	61	49,6
Teve tentativa de suicídio						
Não	20	48,8	70	85,4	90	73,2
Sim	21	51,2	12	14,6	33	26,8
EBADEP						
Sem sintomatologia depressiva	20	48,8	54	65,9	74	60,2
Sintomatologia depressiva leve	6	14,6	9	11	15	12,2
Sintomatologia depressiva moderada	12	29,3	11	13,4	23	18,7
Sintomatologia depressiva severa	3	7,3	2	2,4	5	4,1
IPSF						
Baixo	30	73,2	42	51,2	72	58,5
Médio-baixo	8	19,5	15	18,3	23	18,7
Médio-alto	2	4,9	8	9,8	10	8,1

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica - Foi elaborada pelos próprios pesquisadores com perguntas sobre o sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, trabalho, diagnosticado com depressão, o próprio e/ou o familiar, tratamento para depressão (psicológico e medicamentoso), nível de sintomatologia depressiva, presença de doença física, ideação e tentativa de suicídio.

Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP – A - Instrumento composto por 90 pares de frases opostas (uma de cunho positivo e outra de cunho negativo), totalizando 45 itens. As respostas são dadas em escala tipo *Likert*, variam de 0 (zero) a 3 (três) pontos. Para interpretação, quanto menor a pontuação, menor será a sintomatologia de depressão, podendo ter como resultados as variantes de sintomatologia depressiva mínima ou sem sintomatologia, leve, moderada ou severa. A escala é unifatorial, com índice de sensibilidade de 0,81, especificidade de 0,77 e confiabilidade medida pelo alfa de *Cronbach* de 0,95 na presente amostra. Apresenta evidências de validade de construto, critério, baseada na relação com outras variáveis, convergente e estabilidade temporal (Baptista et al., 2012; Baptista & Gomes, 2011).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF - Instrumento que avalia a percepção do sujeito a respeito do suporte familiar, podendo variar de baixo, médio-baixo ou médio-alto. É constituído por 42 afirmações, com pontuações que variam de 0 “Quase nunca ou nunca” a 3 “Quase sempre ou sempre”. O instrumento é dividido em três fatores: afetivo-consistente (21 itens), adaptação familiar (13 itens invertidos) e autonomia familiar (8 itens). O alfa de *Cronbach* da escala na amostra atual foi de 0,93, para o total, 0,91, para o fator afetivo-consistente, 0,90, para adaptação familiar, e 0,78, para autonomia. Possui diversas evidências de validade, tais como de construto e baseadas na relação com outras variáveis (Baptista et al., 2008).

Escala Brasileira de Motivos para Viver – BEMVIVER - Utilizada para compreender e identificar os motivos para viver, é constituída por 30 afirmações, respondidas em uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, sendo 0 “nada importante” a 3 “totalmente importante”. Esta possui 7 fatores (Espiritualidade/religiosidade, Suporte familiar, Realização profissional, Saúde, Contato social, Suporte social, e Aproveitamento de vida), e possui evidências que possibilitam a avaliação tanto pelos fatores, quanto pelo escore geral (análise bi-fatorial). Na amostra atual, a escala apresentou índices de confiabilidade (Mc Donald's) variando de 0,88 (“fator Saúde”) a 0,95 (“fator Espiritualidade/religiosidade”). Possui

evidências de validade baseadas na estrutura interna e relação com outras variáveis (Pallini, 2020).

Escala de Traço e Estado Depressivo – ETED - Dividida em 2 subescalas: uma que avalia o traço depressivo e outra que avalia o estado depressivo. A de estado depressivo possui 46 itens respondidos em uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, 0 “nunca” a 3 “sempre”. A de traço depressivo possui 44 itens que variam em uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, sendo 0 “nada a ver comigo” a 3 “totalmente a ver comigo”. Para a interpretação, quanto maior a pontuação da soma dos itens, maior é a presença de traço ou estado depressivo. Na amostra atual, o índice de alfa de *Cronbach* foi de 0,98 para ambas as escalas (traço e estado), possuindo evidências de validade de estrutura interna e baseada na relação com as outras variáveis.

Procedimentos

Para realização da coleta, primeiramente, foi feita a submissão do projeto Comitê de Ética da Universidade São Francisco (USF), (CAAE: 14579119.6.0000.5514). Mediante a aprovação, foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde, responsável pelas unidades dos campos de pesquisa, a saber: Estratégia de saúde da Família (ESF) e pelo Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), situados em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Posterior às autorizações institucionais, foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo aos potenciais participantes, que, ao aceitarem contribuir para a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta foi realizada durante um período de quase 6 meses, tendo duração de até 30 minutos por participantes, no ESF, e 1 hora e 30 minutos, no CAPS AD, em virtude de serem pacientes que demandavam maior atenção e auxílio dos pesquisadores. No CAPS AD, a aplicação foi feita individualmente em uma sala privada, enquanto no ESF, foi feita em grupo de até 3 pessoas, no ambiente da recepção, enquanto aguardavam atendimento médico ou algum outro procedimento do serviço. A sequência de aplicação das escalas foi sortida tendo sempre o questionário de identificação em primeiro lugar e, ETED, IPSF, EBADEP-A e BEMVIVER variando em termos de sequência a cada 25% das duas amostras. Como exemplo, um quarto da amostra respondeu a sequência citada anteriormente, 25% IPSF, EBADEP-A, BEMVIVER e ETED, e assim consequentemente, a fim de evitar o efeito fadiga.

Plano de Análise de Dados

Estatísticas descritivas foram utilizadas para avaliar as frequências de ocorrência de eventos clínicos, caracterização da amostra e a distribuição das variáveis. Foram feitas comparações entre grupos (pacientes do ESF e CAPS AD) com o teste *t* de *Student* e correlações entre as variáveis com o coeficiente de correlação de *Pearson*. Também foram feitas *path analysis* para testar um modelo de duas etapas de relação entre as variáveis mensuradas pelos instrumentos.

Resultados

Seguindo as normas de classificação da EBADEP-A, a maior parte da amostra geral (60,2%) se enquadrou em “sem sintomatologia depressiva”, seguido da categoria “sintomatologia depressiva moderada” (18,7%) e de acordo com as normas de classificação do IPSF, a maioria dos participantes da amostra apresentou baixo nível de suporte familiar (58,5%), seguido de suporte familiar de nível médio-baixo (18,7%) (Tabela 1).

Para verificar a associação entre os construtos, foi realizada a correlação de *Pearson* com as escalas utilizadas, valores estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Coeficiente de correlação de Pearson entre EBADEP-A, ETED, BEMVIVER e IPSF

	ETED-Estado	ETED-Traço	EBADEP-A	BEMVIVER	IPSF
ETED-Estado	1				
ETED-Traço	0,765**	1			
EBADEP-A	0,877**	0,654**	1		
BEMVIVER	-0,347**	-0,382**	-0,376**	1	
IPSF	-0,416**	-0,393**	-0,450**	0,327**	1

Nota: **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

ETED-Estado= Escala Traço e Estado Depressivo-subescala estado;

ETED-Traço= Escala Traço e Estado Depressivo-subescala traço;

EBADEP-A = Escala Baptista de Depressão - Adulto;

BEMVIVER = Escala Brasileira de Motivos para Viver;

IPSF= Inventário de Percepção do Suporte Familiar.

As magnitudes das correlações serão denominadas seguindo as faixas de intervalos propostos por Dancey e Reidy (2006). A EBADEP-A apresentou uma correlação positiva e de magnitude forte com a subescala de Estado Depressivo e positiva de magnitude moderada com a de Traço Depressivo, da ETED. Com a BEMVIVER e o IPSF, o valor de correlação foi negativo e de magnitude fraca e moderada, consecutivamente. As subescalas da ETED (traço e estado) também tiveram uma correlação negativa e de magnitude fraca com a BEMVIVER e magnitude fraca e moderada com o IPSF, respectivamente. Mesmo tendo magnitude considerada fraca, a subescala de Traço Depressivo e a BEMVIVER apresentaram valor um pouco maior em relação a de Estado. A correlação entre as subescalas de Traço Depressivo e Estado Depressivo da ETED tiveram correlação positiva de magnitude forte. O IPSF teve uma correlação positiva de magnitude fraca com a BEMVIVER (Tabela 2).

Na Tabela 3, foram expostos os testes de diferenças de média entre os grupos, bem como os tamanhos de efeitos dessas diferenças. Serão descritos apenas os coeficientes que tiveram significância estatística.

Tabela 3

*Média, Desvio Padrão, T, P e D de Cohen das variáveis:
Idade, escalas e dimensões das escalas*

	CAPS AD		ESF		Amostra geral		t	p	d de Cohen
	M	DP	M	DP	M	DP			
BEMVIVER-									
Espiritualidade /	9,25	2,02	9,88	3,93	9,67	3,42	-0,95	0,344	0,20
Religiosidade									
BEMVIVER-									
Suporte Familiar	10,68	3,30	12,48	2,25	11,89	2,76	-3,10	0,003	0,64
BEMVIVER-									
Realização	12,98	3,10	13,78	3,30	13,52	3,24	-1,28	0,200	0,25
Profissional									
BEMVIVER-Saúde	11,45	2,35	11,82	2,63	11,70	2,54	-0,74	0,457	0,15
BEMVIVER-									
Contato Social	5,58	2,39	4,83	2,27	5,07	2,32	1,67	0,097	0,32
BEMVIVER-									
Suporte Social	4,35	2,40	4,87	2,08	4,70	2,20	-1,21	0,226	0,23
BEMVIVER-									
Aproveitamento	8,93	1,95	9,25	2,28	9,14	2,17	-0,76	0,446	0,15
da vida									
BEMVIVER-Total	62,98	11,18	67,06	12,91	65,71	12,47	-1,70	0,090	0,34
EBADEP-A	58,73	34,50	41,75	32,06	47,70	33,78	2,66	0,009	0,50
ETED-Estado	58,68	34,25	43,68	32,81	48,64	33,90	2,33	0,021	0,45
ETED-Traço	46,31	33,29	37,64	32,69	40,46	33,00	1,35	0,179	0,26
IPSF-Adaptação	12,47	6,50	18,03	6,21	16,19	6,81	-4,56	0,000	0,87
IPSF-Afeto	19,82	8,06	23,06	9,12	21,99	8,88	-1,90	0,059	0,38
IPSF-Autonomia	9,30	3,81	11,50	4,01	10,77	4,07	-2,88	0,005	0,56
IPSF-Total	41,60	14,91	52,60	15,91	48,96	16,37	-3,65	0,000	0,71

O fator 2 da BEMVIVER, que representa o Suporte Familiar, teve uma média maior no grupo da ESF em relação ao CAPS AD. Já na EBADEP-A (depressão), a média da amostra do CAPS AD foi maior comparada ao ESF, assim como na subescala de Estado Depressivo da ETED. As comparações dos resultados do IPSF foram significativas tanto para o escore geral, quanto para dois dos seus fatores, a saber: “Adaptação Familiar” e “Autonomia Familiar”, sendo que em todas elas o grupo do ESF teve médias maiores comparadas ao grupo do CAPS AD.

O modelo de *path analysis* foi testado em duas etapas. Primeiramente, foi testado um modelo saturado. Nesse caso, foram inseridos todos os caminhos de regressão entre os preditores (dimensões do IPSF) e as demais variáveis, ou seja, depressão traço que explicaria depressão estado, explicando, por final a variável de desfecho (motivos para viver). No entanto, também foi verificado o quanto as dimensões do IPSF explicariam a variável de desfecho, como demonstrado na Figura 1. Em virtude de possíveis desvios da normalidade na distribuição das variáveis, o modelo foi testado com o estimador *maximum likelihood* robusto (MLR).

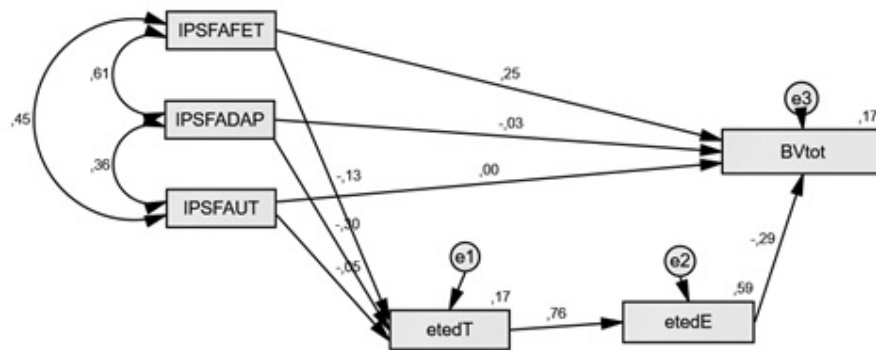


Figura 1. Modelo da Etapa 1 da Path Analysis

Nota: IPSFAFET – IPSF fator afetivo-consistente; IPSFADAP – IPSF fator adaptação familiar; IPSFAUT – IPSF fator autonomia familiar; etedT – ETED subescala traço depressivo; etedE – ETED subescala estado depressivo; BVtot – BEMVIVER escore total.

Na Figura 1, foi possível observar que os caminhos significativos foram a dimensão adaptação familiar para depressão traço ($\beta = -0,30$; $p = 0,004$), depressão traço em relação à depressão estado ($\beta = 0,75$; $p < 0,001$); depressão estado e Motivos para Viver ($\beta = -0,29$; $p = 0,001$); e a dimensão Afetivo-Consistente do IPSF e Motivos para Viver ($\beta = 0,25$; $p < 0,022$).

Na segunda etapa, foram inspecionadas as variáveis dependentes e omitidos os caminhos de regressão não-significativos, para estabelecer o modelo final, bem como para a variável exógena foi utilizado o escore total do IPSF.

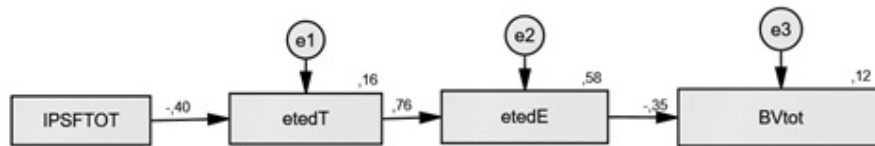


Figura 2 – Modelo Final da Path Analysis

Nota: IPSFTOT- IPSF escore total; etedT – ETED subescala traço depressivo; etedE – ETED subescala estado depressivo; BVtot – BEMVIVER total.

Como se pode observar, o suporte familiar foi associado negativamente ao traço de depressão, que, por sua vez, se associou positivamente (com o maior beta) com o estado atual de depressão. Por último, o estado de depressão se associou negativamente aos motivos para viver.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi testar um modelo teórico do suporte familiar predizendo sequencialmente o traço, o estado depressivo e os motivos para viver, bem como, predizendo diretamente os motivos para viver em pacientes da atenção primária e secundária de saúde pública, bem como verificar possíveis diferenças de média entre esses grupos (usuários do ESF e usuários do CAPS-AD). Em geral, na caracterização da amostra, é possível observar que fatores clínicos com componentes mais negativos e que podem favorecer o adoecimento psicológico como sintomas depressivos (classificações da EBADEP-A), comportamento suicida, não-realização de tratamento psicológico e/ou medicamentoso, familiares com histórico de depressão e baixo nível de suporte familiar (classificações do IPSF), são mais presentes na amostra do CAPS AD, como já se esperava, segundo o Ministério da Saúde (2019b). A dependência química implica questões sociais, familiares e psicológicas, que geram intenso sofrimento psicológico e físico, sendo considerada um fator de risco para transtornos mentais, tais como a depressão e o comportamento suicida (Oliveira, 2020).

Sobre as associações entre os construtos, a EBADEP-A apresentou correlação positiva tanto com o traço, quanto com estado depressivo, mas, a correlação maior foi com estado depressivo. Isso pode ser explicado por que a EBADEP-A avalia o período recente, ou seja, o que o paciente está sentindo atualmente e durante as últimas duas semanas, assim como a subescala de estado depressivo da ETED. Vale ressaltar que esse período também é o

utilizado como base para realização de um diagnóstico TDM, tal como propõe o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), sendo assim, a avaliação contempla mais as questões relacionadas ao estado do que ao traço. Em relação à correlação positiva e forte do traço depressivo com o estado depressivo, é possível compreender que indivíduos que já possuem alguma tendência para um padrão de personalidade depressivo podem ser mais associados e apresentarem os sintomas quando da presença de eventos estressores na vida (Pasini, et al. 2020).

A hipótese de que existe uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a depressão e os motivos para viver também foi comprovada, condizendo com os estudos de Pallini (2020). Segundo os autores, os motivos para viver são considerados como variáveis de satisfação com a vida e virtudes humanas, que podem estar relacionados a fatores protetivos e amortecedores, diante de situações estressantes. Quando existe alto nível de motivos para viver, a sintomatologia depressiva é baixa ou inexistente e vice-versa.

Um resultado que se destacou por ter sido um pouco maior foi o da correlação negativa do traço depressivo com os motivos para viver, quando comparadas com estado. Geralmente, os motivos para viver são formados e desenvolvidos pelo indivíduo desde a sua infância (distal), sendo uma concepção e percepção constante do que é importante e/ou essencial na vida, de acordo com o convívio com outras pessoas ao seu redor, experiências e situações vividas (Konkiewitz, 2013). O traço depressivo também pode ser manifestado e desenvolvido desde a infância, como parte da personalidade, principalmente quando possui relações patogênicas precoces, além de pequenas perdas, que podem ir se acumulando e formando um traço de personalidade depressivo (Coimbra de Matos, 2001). Sendo assim, considerando o percurso temporal de ambos os fenômenos, faz sentido que a relação seja maior.

As hipóteses em relação ao suporte familiar também foram comprovadas, de forma que as correlações negativas com sintomatologia depressiva, traço e estado depressivo demonstram que quanto maior o suporte familiar percebido pelo indivíduo, menor foi a depressão e vice-versa. O suporte familiar pode ser um fator preventivo, protetivo e de possível melhora, quando surge um quadro depressivo, podendo proporcionar bem-estar. Silva e Paiva (2012) afirmaram que pessoas que não possuem suporte familiar como carinho, confiança, permissão para autonomia, independência, podem ter maior predisposição a apresentar algum transtorno psicológico, diante de eventos estressantes. Enquanto Araujo et al. (2021) afirmaram que as que tem percepção de um adequado suporte familiar possuem maior senso de segurança, hábitos saudáveis e menores níveis de depressão. Segundo Inouye

et al. (2010) a família, exercendo sua função de proteção diante das tensões do dia a dia, pode resultar em efeitos emocionais positivos, tanto para quem recebe o apoio, quanto para quem o está oferecendo, podendo ser a família inclusive um importante motivo que as pessoas têm para continuarem vivendo.

Com relação às diferenças de média entre os dois grupos (CAPS AD e ESF), pode-se dizer que fatores negativos de saúde mental, como sintomatologia e estado depressivo são mais frequentes no grupo do CAPS AD. Os sintomas depressivos podem se desenvolver por meio do uso das drogas ou ocasionar esse uso. Andretta et al. (2018) sugerem que após o efeito da droga, muitos sintomas como sentimento de culpa, vergonha, desvalia, acentuada aflição e desgosto por si e pela situação, podem surgir. Os mesmos autores ainda destacam que o inverso também acontece, de forma que os sintomas da depressão, como a alteração de humor, sentimentos negativos, falta de prazer nas atividades, entre outros, podem motivar o uso de substâncias.

Em contrapartida, os fatores considerados positivos à saúde mental, como o suporte familiar e os motivos para viver, principalmente o suporte familiar, tiveram médias maiores no grupo da ESF. Isso confirma que as relações familiares acolhedoras tendem a estar associadas ou percebidas em contextos e grupos com melhor saúde mental (Inouye et al., 2010). De acordo com Paz e Colossi (2013), a ausência de um bom funcionamento da família, com a presença de distanciamento afetivo e dificuldades na comunicação, por exemplo, pode ser um importante fator de risco para o abuso de substâncias psicoativas, mas, quando na presença de um acolhimento familiar, com a promoção de afeto e de cuidado, além da comunicação adequada, a família pode ser considerada um fator de proteção ao uso e recuperação de abuso de drogas (Paz & Colossi, 2013).

Por fim, os modelos de *path analysis* evidenciaram que o suporte familiar é realmente um preditor importante do traço depressivo (negativamente) e dos motivos para viver (positivamente), enquanto o estado depressivo pode predizer negativamente os motivos para viver, confirmando as hipóteses levantadas. Esse dado significa que a presença de suporte familiar aumenta a tendência de um desfecho positivo, com aumento dos motivos para viver e diminuição de aspectos depressivos. De forma contrária, a ausência de suporte familiar aumenta a tendência de maior traço e estado depressivo, que, por sua vez, explicam a diminuição dos motivos para viver (Silva et al, 2018). Esses resultados vão ao encontro do proposto por Campos (2010), que evidenciou a importância da família na constituição do indivíduo, indicando que a qualidade das relações desde a infância é capaz de influenciar, tanto positiva quanto negativamente, a personalidade e a visão de mundo. Os achados também

endossam o estudo de Cremasco e Baptista (2017), no qual pessoas com maiores níveis de depressão possuem menos motivos para viver, aspecto evidenciado nesse estudo, tanto para traço quanto para estado.

Considerações Finais

Foi constatado que a depressão (sintomatologia, traço e estado depressivos) está negativamente associada aos aspectos positivos da saúde (suporte social e motivos para viver). Os aspectos negativos, como a sintomatologia depressiva e o estado depressivo foram mais prevalentes em usuários do CAPS AD, principalmente pelo uso associado de álcool e de outras substâncias psicoativas, como comorbidade de transtorno psicológico, além de ser um serviço de atenção secundária. Já os aspectos mais positivos, como o suporte familiar e os motivos para viver são mais presentes em usuários do ESF, que atende como atenção primária em saúde.

Em relação ao modelo, é possível concluir a importância do suporte familiar na constituição e desenvolvimento do sujeito, uma vez que as relações familiares são antecedentes e preponderantes para a formação da personalidade. Personalidades mais saudáveis são formadas a partir de relações que contêm maiores níveis de afetos, apoio, ajuda, comunicação efetiva e outros aspectos positivos. Esses aspectos inclusive podem favorecer que as pessoas constituam níveis diversos e maiores de motivos para viver durante a vida, uma vez que elas tenderão a valorizar mais a vida, o que pode vir a ser protetivo em situações de extrema vulnerabilidade e de estresse, minimizando riscos de adoecimento mental e de depressão.

A partir dos resultados levantados, foi possível identificar variáveis importantes que podem orientar diversos programas interventivos, preventivos e de promoção de saúde. Por exemplo, tendo em vista que foi evidenciado um valor positivo do suporte familiar para o aumento dos motivos para viver e diminuição de sintomas depressivos, esse aspecto pode ser mais bem propagado e estimulado. Assim como, tendo evidenciado a relação negativa da depressão com os motivos para viver, investir em estratégias práticas de aumento e ampliação desses motivos pode ser favorável à saúde geral das pessoas e à ampliação das perspectivas de vida. Considerando os contextos contemplados, de atenção primária e secundária, a efetivação de práticas que foquem nesses aspectos podem ser as mais diversas. Na atenção primária, programas de orientação e de informação sobre a importância do suporte familiar e de se pensar no que tem valor na vida, podem ser efetivas e caminhos adequados que minimizem o

sofrimento. Na atenção secundária, a tentativa de aproximação da família nos processos de cuidado, bem como a estimulação de atividades que ampliem a reflexão e o engajamento em tarefas, que são importantes para os usuários desses serviços, pode ajudar positivamente nos desfechos dos tratamentos. Essas estratégias podem ser mais favorecedoras se forem feitas em um caráter multidisciplinar.

Algumas limitações no trabalho podem ser reveladas, principalmente o número amostral menor de pacientes do CAPS-AD em relação ao ESF. Além disso, também não foram controladas como as práticas e serviços ofertados por essas instituições podem ter impacto sobre as pontuações dos pacientes nas variáveis mensuradas, apesar de se saber que elas por si só, já evidenciam as diferentes condições de saúde e necessidades desses usuários. Contudo, mesmo com a discrepância de participantes entre os grupos, os resultados foram significativos e podem agregar no âmbito de pesquisa. Um destaque pode ser feito pela possibilidade do estudo comparar pacientes de dois grandes setores que integram o Sistema Único de Saúde (SUS): a atenção primária, com pessoas que demandavam cuidados e atenção em um baixo nível de complexidade, ou seja, que possuíam queixas e necessidades de menor gravidade, e pessoas que faziam uso da atenção secundária, contemplando demandas intermediárias interpretadas como procedimentos de média complexidade e serviços especializados (Ministério da Saúde, 2019a).

Devido às medidas de emergência, decorrentes da pandemia provocada pelo COVID-19, houve a necessidade de alterar e reduzir o período de pesquisa de campo e, por isso, o número da amostra geral foi reduzido. Para estudos futuros, sugere-se coletas com amostras maiores, que investiguem esses mesmos construtos em diferentes amostras e no contexto da atenção à saúde, principalmente nas unidades básicas de saúde, hospitais e centros de especialidades, buscando verificar se esses resultados são replicados e aprofundados.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (5a ed.). Artmed.
- Andretta, I., Limberger, J., Schneider, J. A., & Mello, L. T. N. (2018). Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. *Psico-USF*, 23(2), 361-373. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230214>

- Araujo, G. O., Freitas, J. D., Sousa, R. F., Rodrigues, J. S., Cunha, A. M. S., Souto, V. M. P. F., & Braga, N. L. (2021). Depressão e suporte familiar em pacientes renais crônicos: Uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(5), e7517. <https://doi.org/10.25248/reas.e7517.2021>
- Baptista, M. N., Alves, G. A. D. S., & Santos, T. M. D. M. D. (2008). Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle evidências de validade entre os construtos. *Psicologia: Ciência e profissão*, 28(2), 260-271. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200004>
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: Validade convergente e estabilidade temporal. *Psico-USF*, 17(3), 407-416. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300007>
- Baptista, M. N., & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: Evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), 151-161. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200004>
- Borges, L., & Pacheco, J. T. B. (2018). Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: Um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 132-148. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400009
- Caires, C. S., & Silva, R. A. S. A. (2015). Depressão e Personalidade: Aproximações entre Estado Depressivo e Necessidades Psicológicas. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 19(2), 53-59. <https://revista.pgskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/download/3181/2936>
- Campos, R. C. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: Um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371-382. <https://www.redalyc.org/pdf/3350/335027284004.pdf>
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Climepsi.
- Cremasco, G. S., & Baptista, M. N. (2017). Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(1), 22-37. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v8n1p22>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. Artmed.

- Fernandes, M. A., Pinto, K. L. C., Neto, J. A. T., Magalhães, J. M., Carvalho, C. M. S., & Oliveira, A. L. C. B. (2017). Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. *SMAD: Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 13(2), 64-70. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p64-70>
- Gomes, M. A., Dellazzana-Zanon, L. L., Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2020). Escala de motivos para viver (emviver): Processo de construção dos itens. *Psicologia para América Latina*, (34), 207-220. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200011
- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
- Konkiewitz, E. C. (2013). *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: Uma visão transdisciplinar*. UFGD. <http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/1047>
- Ministério da Saúde (2019)a. *Sistema Único de Saúde (SUS): Minas Gerais*. <https://www.saude.mg.gov.br/sus>
- Ministério da Saúde (2019)b. *Saúde Mental: O que é, doenças, tratamentos e direitos*. <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>
- Mira, S. I. P. F. (2017). *Dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental na população geral* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33012/1/ulfpie052774_tm.pdf
- Oliveira, G. M. (2020). *Características associadas ao comportamento suicida em adolescentes atendidos junto a um Caps AD III-24h* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório UNESP. https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/191907/oliveira_gm_me_sjrp.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Pallini, A. C. (2020). *Escala Brasileira de Motivos para Viver (BEMVIVER): Construção e estudos psicométricos* [Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco]. Researchgate. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/341215161_ESCALA_BRASILEIRA_DE_

MOTIVOS_PARA_VIVER_BEMVIVER_CONSTRUCAO_E_ESTUDOS_PSICOMETRICOS_-_Dissertacao_de_Mestrado

- Pasini, A. L. W., Silveira, F. L., Silveira, G. B., Busatto, J. H., Pinheiro, J. M., Leal, T. G., Lagoa, T. F. S., Jaeger, F. P., Guazina, F. M. N. & Carlesso, J. P. P. (2020). Suicide and depression in adolescence: Risk factors and prevention strategies. *Research, Society and Development*, 9(4), 1-28. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2767>
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400002>
- Silva, E. V. R. S., & Paiva, J. C. (2012). A Influência do Suporte Familiar na Depressão em Adolescentes. *Psicologado*. <https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/a-influencia-do-suporte-familiar-na-depressao-em-adolescentes>
- Silva, N. K. N., Carvalho, C. M. S. D., Magalhães, J. M., Carvalho Junior, J. A. M., Sousa, B. V. S., & Moreira, W. C. (2018). Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13(2), 71-77. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>

Endereço para correspondência

Mirela Alves de Oliveira Dorta

Rua Waldemar César da Silveira, 105, Jardim Cura D'ars, Campinas - SP, Brasil. CEP 13045-510

Endereço eletrônico: mirela.dorta@gmail.com

Ana Celi Pallini

Rua Waldemar César da Silveira, 105, Jardim Cura D'ars, Campinas - SP, Brasil. CEP 13045-510

Endereço eletrônico: anapallini@outlook.com

Makilim Nunes Baptista

Rua Waldemar César da Silveira, 105, Jardim Cura D'ars, Campinas - SP, Brasil. CEP 13045-510

Endereço eletrônico: makilim01@gmail.com

Recebido em: 24/11/2020

Reformulado em: 16/12/2022

Aceito em: 19/12/2022

Notas

* Graduanda em Psicologia pela Universidade São Francisco.

** Psicóloga. Mestra e Doutoranda do programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

*** Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo, Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Este artigo de revista **Estudos e Pesquisas em Psicologia** é licenciado sob uma *Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 3.0 Não Adaptada*.