



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.AO03>

Depressão: fatores de proteção e de risco em paciente atendidos pelo CAPS.

Depression: protection and risk factors in patients treated at CAPS.

Makilim Nunes Baptista^[a], Cristian Zanon^[b], Lisandra Borges Vieira Lima^[c], Laís Caponegri Rampasso^[d]

^[a] Doutor e Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade São Francisco, makilim01@gmail.com

^[b] Doutor e Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, crstn.zan@gmail.com

^[c] Doutora e Docente do curso de Psicologia, Universidade São Francisco, lisandravlima@gmail.com

^[d] Psicóloga e Pós Graduanda em Psicologia Clínica Analítica Junguiana pela Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, laisrampasso@hotmail.com

Resumo: O presente estudo teve como objetivo analisar as relações entre sintomatologia depressiva e fatores protetivos (religiosidade, espiritualidade e suporte familiar) e de risco (ruminação) em pacientes atendidos em um CAPS. A amostra foi composta por 43 pacientes de um CAPS-II do interior de São Paulo, com idades entre 22 a 71 anos, ambos os sexos, sendo a maioria mulheres 72,1%. Os instrumentos utilizados foram a Escala Baptista de Depressão – Adulto (EBADEP-A), Escala Duke-Religiosidade, WHOQOL-Espiritualidade, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar e o Questionário de Ruminação. Realizaram-se testes *t* e análise de regressão múltipla pelo método *Enter*. Os resultados apontaram ruminação como fator mais relevante para depressão, sendo que religiosidade, espiritualidade, e percepção do suporte familiar podem constituir fatores protetivos. Concluiu-se que estes resultados podem subsidiar intervenções para pacientes.

Palavras-chave: : religiosidade, espiritualidade, ruminação, transtornos mentais

Abstract: The study has the objective of analyzing the relationship between depressive symptomatology and protective factors (religiosity, spirituality and familiar support) and the risks in patients treated in the CAPS. The sample consisted of 33 patients between 22 the 71 years old, both sexes, being the majority woman (72, 1%) the instruments used was: Baptista scale of depression (adult), Duke – Scale Religiosity, Whoqool – spirituality, Familiar Support Perception Inventory and the Rumination Questionnaire. Multiple regression tests and analyses were performed using *Enter*. The results was: rumination as the most relevant factor for depression and religiosity spirituality and familiar support perception can be protective factors.

Keywords: religiosity, spirituality, rumination, mental disorders.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo analizar las relaciones entre sintomatología depresiva y factores protectores (religiosidad, espiritualidad y soporte familiar) y de riesgo (rumiación) en pacientes atendidos en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). La muestra fue compuesta por 33 pacientes de un CAPS, con edades entre 22 y 71 años, ambos sexos, siendo la mayoría mujeres (72,1%). Los instrumentos utilizados fueron La Escala Baptista de Depresión-Adulto (EBADEP-A), Escala Duke-Religiosidad, WHOQOL-Espiritualidad, el inventario de Percepción de Soporte Familiar y el Cuestionario de Rumiación. Se realizaron tesis “t” y análisis de regresión múltiple por el método “Enter”. Los resultados apuntaron rumiación como el factor más relevante para depresión, siendo que religiosidad, espiritualidad y percepción de soporte familiar pueden constituir factores protectores. Se concluyó que estos resultados pueden subsidiar intervenciones para pacientes.

Palabras-Clave: religiosidad, espiritualidad, rumiación, trastornos mentales.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, diversas pesquisas epidemiológicas vêm demonstrando a preocupação crescente com o diagnóstico e a avaliação de transtornos mentais na população, apontando estimativas preocupantes, principalmente em relação à depressão. São cerca de 350 milhões de pessoas que sofrem de depressão em todo o mundo e dependendo da duração e intensidade do transtorno, pode se tornar um problema de saúde grave, acarretando no indivíduo, prejuízos em todos os contextos da sua vida (WHO, 2015).

A depressão pode ser avaliada por diversos métodos diferentes e entendida como sintoma característico de transtornos mentais e, também como uma síndrome. Enquanto sintoma pode estar presente em alguns transtornos, como estresse pós-traumático, esquizofrenia, doenças clínicas, alcoolismo, ou como resposta a eventos estressantes. Já como síndrome, a depressão inclui alterações de humor (tristeza), apatia, falta de capacidade de sentir prazer, irritabilidade; alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas, como sono, alteração no apetite e sono, etc. (Baptista & Gomes, 2011; Del Porto, 2002).

A demanda de pacientes com depressão tem sido frequentemente encontrada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS trata-se de um serviço comunitário que oferece atendimento a portadores de transtornos mentais severos e persistentes, os quais recebem tratamento intensivo (acompanhamento diário); semi-intensivo (acompanhamento frequente) e não-intensivo (semanal ou esporádico). O que definirá o tipo de atendimento será a gravidade do quadro clínico (Brasil, 2004).

O perfil epidemiológico atendido em diferentes CAPS, tem sido, em sua maioria, de pacientes com diagnóstico de Transtorno do Humor e/ou sintomas depressivos relacionados a outros quadros (Carmo, Sacramento, Silveira, & Júnior, 2016; Mangualde, Botelho, Soares, Costa, Junqueira, & Vidal, 2013; Pereira et al., 2012.) Além disso, como evidenciaram Pereira et al. (2012), o grupo de medicamentos que tem sido mais prescrito nos sistemas de saúde são principalmente os antidepressivos.

Os transtornos de humor (Episódio Depressivo Maior e Transtorno Depressivo Maior) podem ser considerados como as doenças mentais que mais geram incapacitação no mundo, tanto em ambientes educacionais (escolas, universidades) quanto laborais (WHO, 2001). Além disso, diferentes estudos têm demonstrado que a presença de transtornos mentais representa um aumento significativo dos gastos em saúde pública, evidenciando o uso inadequado do sistema de saúde pela ausência de um diagnóstico correto, aumento de tratamentos paliativos,

exames e consultas a especialistas (Shvartzman et al., 2005; Chee, Hahn, Ricci, Stewart & Morganstein, 2003; Barsky, Orav, & Bates, 2005). Nesse sentido, é de extrema importância identificar quais são os fatores de proteção e de risco para depressão em populações específicas. É possível compreender os fatores de proteção como recursos pessoais ou sociais que amenizam o impacto do risco (Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 2001). Fatores protetivos podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano, quando esse está sendo ameaçado pela exposição ao risco (Mondin, 2001).

Para alguns autores (Baptista, 2004; Baptista & Gomes, 2011; Webster-Stratton, 2001), vários fatores podem estar relacionados à depressão, e estes podem ser tanto protetivos quanto de risco no seu desenvolvimento e curso. Como bem colocam Pereira, Dutra-Thomé e Koller (2016), por um lado, a presença de fatores de proteção é suficiente para amenizar os riscos, pois a pessoa possuirá recursos para lidar com eventos estressores e assim, alcançar desfechos positivos. Por outro lado, na falta de fatores de proteção e na presença de fatores de risco, haverá menos recursos, o que possivelmente acarretará em desfechos negativos, tais como transtornos mentais (ex. depressão), tentativas de suicídio.

Nesse sentido, alguns fatores protetivos e de risco podem ter destaque na relação com a depressão. Por exemplo, Possel et al. (2011) referem que um maior nível de religiosidade está relacionado de forma negativa com a sintomatologia depressiva, ou seja, quanto maior a religiosidade/espiritualidade, menor a presença de depressão. Outros autores também apontam conclusões similares (Koenig, McCullough, & Larson, 2001; McCullough & Larson, 1999; Smith, McCullough, & Poll, 2003). Fleck (2008) sugere que a religiosidade constitui um importante aliado do tratamento de doenças e pode também representar um fator de proteção ao suicídio, ao uso abusivo de álcool, drogas e também amenizar o sofrimento psíquico do indivíduo.

Bonelli, Rosmarin, Koenig e Vanesh (2012) apontam que 60% das pessoas que têm envolvimento com alguma religião relataram índices

menores de sintomas depressivos ou mais rápida remissão dos mesmos, o que ocorreria porque as crenças religiosas podem ajudar no enfrentamento de situações estressantes, proporcionando sentido e esperança para a vida, no entanto nem sempre esta relação é encontrada. Nessa perspectiva, o estudo de Lobo (2012) buscou a relação entre religiosidade e sintomatologia depressiva de 137 adultos portugueses, comparando as médias de pontuação na CES-D com as práticas de oração. As diferenças encontradas, apesar de denotarem que as pessoas consideradas menos religiosas apresentaram maior nível de sintomas depressivos, não foram significativas. A mesma relação foi estudada por Silva, Ronzani e Furtado (2009), os quais contaram com 204 usuárias de Serviço Único de Saúde do interior de Minas Gerais. Os resultados mostraram que a média de sintomas depressivos entre as pacientes religiosas (não praticantes) foi maior quando comparada às praticantes.

Enquanto a religiosidade é entendida como a prática religiosa, rituais e símbolos demarcados para facilitar a proximidade com o sagrado (Panzini & Bandeira, 2007), a espiritualidade é vista como algo que dá sentido à vida (Lourenço, 2004). Buscando compreender a relação entre espiritualidade e sintomas depressivos, Pillay, Ramlall e Burns (2016) avaliaram 230 estudantes e encontraram correlação significativa e negativa ($\rho = -0,143$; $p = 0,03$) entre os construtos. Apesar da baixa correlação, os resultados indicaram que níveis mais elevados de depressão foram associados com níveis mais baixos de espiritualidade.

A percepção de suporte familiar positiva também constitui um importante fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais, pois interações familiares saudáveis podem ser essenciais para o adequado desenvolvimento emocional, sendo que condutas inadequadas podem contribuir para o surgimento de transtornos depressivos (Baptista, 2007). A família pode ser uma rede que oferece apoio, incentivo e também suporte emocional a seus membros, mas pode contribuir também para desajustes emocionais ou psicossociais

quando sua estruturação e seu suporte são disfuncionais (Campos, 2004).

Com o objetivo de estudar a relação entre a percepção de suporte familiar e transtornos mentais, Souza, Baptista e Baptista (2010) avaliaram 766 estudantes com média de idade de 21,53 anos. Dentre os resultados encontrados, a correlação de -0,43, explicou que quanto maior a percepção do suporte familiar, menor a pontuação em transtornos mentais comuns. Além disso, por meio de uma análise de regressão observaram que a pior saúde mental predizia o baixo suporte familiar.

Em contrapartida, entende-se que aspectos genéticos, biológicos e ambientais associados aos aspectos negativos para o desenvolvimento de transtornos mentais são chamados de fatores de risco, os quais podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo. Dessa forma, podem ser considerados como fatores de risco para a depressão, a baixa renda, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, pertencimento ao sexo feminino, baixa escolaridade, ser solteiro, histórico de depressão familiar e percepção deficiente de suporte familiar (Halpern, 2004).

Além disso, estratégias desadaptativas de regulação emocional como a ruminação também pode ser considerada como fator de risco tanto para o desenvolvimento quanto para a manutenção da depressão (Mor & Winquist, 2002). De acordo com a teoria dos estilos de resposta, ruminação é um modo de responder à angústia, envolvendo a focalização repetitiva e passiva nas possíveis causas e consequências de possíveis problemas. É importante destacar que a ruminação não leva à resolução de problemas, mas ao invés disso, indivíduos ruminantes permanecem fixados nos problemas e sentimentos sobre eles, sem necessariamente tomar medidas para resolvê-los (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

Diferentes estudos têm mostrado que estratégias de regulação mal adaptadas são relacionadas fortemente com psicopatologias e transtornos mentais (Aldão e Nolen-Hoeksema, 2010; Martin & Dahlenm

2005; Duarte, Matos e Marques, 2015) porque exacerba o pensamento negativo e interfere na resolução adequada de problemas (Nole-Hoeksema et al. 2008). A relação entre sintomas depressivos e ruminação tem sido verificada por diferentes autores (Duarte, Matos & Marques, 2015; Garnefski & Kraaij, 2006, Martin & Dahlen, 2005; Ongen, 2010).

De acordo com o exposto até o momento é possível denotar que diferentes estudos têm mostrado a relação entre fatores protetivos e de risco para sintomas depressivos em diferentes amostras. No entanto, não foram encontradas pesquisas com amostra de pacientes atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O estudo justifica-se pelo fato de que ao se conhecer quais fatores são preditivos e/ou protetivos para depressão em serviços de atendimento como o CAPS, novas estratégias de tratamento poderão ser desenvolvidas. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi investigar as relações de religiosidade, espiritualidade, percepção do suporte familiar e ruminação com a sintomatologia depressiva em uma amostra de pacientes do CAPS do interior paulista.

MÉTODODO

Participantes

Participaram 50 usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Desse total, foram excluídos sete participantes, pois deixaram de responder mais de 10% de algum instrumento utilizado na pesquisa, o que correspondeu uma perda amostral de 14%, totalizando ao final do estudo com 43 pacientes. Destes, 72,1% eram do sexo feminino, 41,9% eram solteiros/divorciados/viúvos e 37,2% eram casados/recasados, com idade variando entre 22 e 71 anos ($M=45,83$; $DP= 13,17$).

Instrumentos

Escala Baptista de Depressão – versão Adulto (EBADEP-A; Baptista, 2012) trata-se de um instrumento de autorrelato que contém 45 itens com 26 descritores de sintomatologia depressiva, de escala *Likert* de 0 a 3 pontos. Tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos de 17 a 81 anos de idade. Foram realizados diversos estudos de validade de construto e critério com a EBADEP-A, demonstrando que a escala possui qualidades psicométricas adequadas, apresentando alfa de Cronbach =0,94.

Escala de Religiosidade DUKE (Durel). Trata-se de uma medida breve multidimensional de religiosidade. A escala possui cinco itens que captam as três dimensões de religiosidade, religiosidade organizacional (RO; envolvendo práticas religiosas públicas), não organizacional (RNO; envolvendo práticas religiosas privadas) e religiosidade intrínseca (RI; que avalia o grau pessoal de compromisso religioso ou motivação religiosa). A versão brasileira da escala foi validada no estudo de Taunay et al. (2012), indicando bons índices psicométricos, como alfa de Cronbach de 0,89.

WHOQOL - Módulo Espiritualidade (Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011). Trata-se de um instrumento transcultural e autoaplicável, com 32 itens em escala *Likert* (sendo 1 nada e 5 completamente) dividido pelos domínios, transcendência, sentido na vida, relações pessoais, código de viver (liberdade para praticar crenças e rituais, fé) e crenças religiosas específicas. A versão em português apresentou confiabilidade de teste-reteste e consistência interna. ($\alpha=0,96$).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF; Baptista, 2009) avalia três dimensões do suporte familiar, afetivo consistente, adaptação familiar, e autonomia familiar de pessoa de 11 a 57 anos. Contém 42 afirmativas, com as opções de resposta "quase nunca ou nunca", "às vezes" e "quase sempre ou sempre". O alfa de Cronbach para a escala foi de 0,93.

Questionário de Ruminação e Reflexão (QRR; Zanon & Teixeira, 2006). A versão brasileira do QRR contém 22 itens que identificam como uma pessoa pensa ou executa ou até mesmo se comporta em determinados acontecimentos de sua vida. As respostas são de escala *Likert* de 5 pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (neutro), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). No estudo brasileiro, o coeficiente alfa foi 0,87.

Procedimentos

Inicialmente o projeto de pesquisa foi apresentado ao diretor do CAPS, o qual autorizou a coleta de dados na instituição. Sequencialmente, o projeto foi tramitado no Comitê de Ética e aprovado com o número CAAE 41687315.5.0000.5514. Antes das coletas, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a aplicação foi realizada individualmente em uma sala disponibilizada pela instituição. As escalas foram aplicadas nessa ordem: EBADEP-A, Escala DUKE – Religiosidade, WHOQOL-Espiritualidade, Inventário de Percepção de Suporte Familiar e Escala de Ruminação e Reflexão, além do que, os dados sóciodemográficos foram retirados dos prontuários dos pacientes. A coleta durou, em média 40 minutos e, quando necessário, o pesquisador responsável por esta etapa auxiliava os pacientes na compreensão das perguntas (aplicação assistida), já que alguns pacientes estavam sob efeito de drogas, o que gerava dificuldades na atenção. As análises de dados foram realizadas por meio do programa SPSS (versão 20).

RESULTADOS

Inicialmente foram conduzidos testes *t* e análise de regressão múltipla usando o método *Enter* para se conhecer as magnitudes entre o grupo considerado com tendo sintomatologia expressiva de depressão versus o grupo sem sintomas, pelo critério de divisão das normas da EBADEP-

A, além de se conhecer a relação das variáveis preditivas (controlando suas intercorrelações) sobre a variável critério depressão.

Para se avaliar as possíveis diferenças nos níveis de ruminação, suporte familiar, sentido de vida e religiosidade em relação a pacientes com alta ou baixa sintomatologia depressiva, foi avaliada a diferença em termos de tamanho de efeito dado pelo *d* de Cohen. Tamanhos de efeito abaixo de 0,3 são considerados pequenos ou triviais; acima de 0,4 indicam efeito moderado e acima de 0,8 indicam efeito grande (Cohen, 1988).

Inicialmente, os participantes foram classificados de acordo com as normas da EBADEP-A (sem sintomatologia, sintomatologia leve, moderada ou severa) e divididos em dois grupos, o grupo 1 ($n=39$, sem sintomatologia ou com sintomatologia leve) e o grupo 2 ($n=12$, com sintomatologia moderada e severa). Posteriormente analisou-se as diferenças de médias entre os grupos para cada um dos construtos, o que é possível visualizar na Tabela 1.

Tabela 1

Estatísticas descritivas e estimativas de tamanho de efeito dos construtos

Construto	Grupo	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>d</i>
Religiosidade	1	37	12,05	4,64	0,60
	2	11	14,72	4,31	
Espiritualidade	1	39	15,50	3,32	1,00
	2	12	12,20	3,26	
Percepção do suporte familiar	1	39	54,00	10,95	1,11
	2	12	43,61	7,35	
Ruminação	1	39	57,62	15,49	0,62
	2	12	65,94	11,08	

Nota: grupo 1 sem sintomatologia ou com sintomatologia leve e grupo 2 sintomatologias moderada e severa)

Como é possível ser observado na Tabela 1, os pacientes sem sintomas depressivos ou sintomatologia leve apresentam maiores médias no que se refere aos fatores considerados protetivos para o desenvolvimento da depressão, sendo que, no caso da religiosidade, espiritualidade e percepção do suporte familiar, os efeitos observados foram de magnitude moderada e grande. O grupo 2 é composto de

peças com sintomas depressivos de moderado a severo e apresentaram médias maiores em religiosidade e, também no fator de risco ruminação.

Com o objetivo de avaliar a predição do conjunto de construtos estudados (religiosidade, espiritualidade, suporte familiar, e ruminação) sobre a depressão, utilizou-se a regressão múltipla que indicou que este conjunto de variáveis prediz aproximadamente 46% da variância total da depressão $F(4) = 9,04$; $p < 0,01$, (Tabela 2).

Tabela 2
Modelo de Regressão (Enter) para prever depressão a partir dos construtos

Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes padronizados β	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Erro padrão			
Constante	38,489	27,905		1,379	,175
Religiosidade	1,668	,798	,249	2,089	,043
Ruminação	,955	,235	,468	4,065	,000
Suporte familiar	-,621	,329	-,226	-1,889	,066
Espiritualidade/ Sentido de vida	-2,266	1,073	-,261	-2,111	,041
% de variância total					0,46

Nota. β = indica coeficiente de regressão padronizado

Analisando os coeficientes de regressão padronizados (que indicam a associação das variáveis estudadas com depressão), verificou-se que ruminação foi o preditor mais importante, sendo que suporte familiar, sentido de vida e religiosidade apresentaram papel preditivo semelhante na equação de regressão. Contudo, religiosidade apresentou relação com a depressão indicando que os pacientes mais deprimidos também apresentavam alta religiosidade.

Discussão

A depressão é um fenômeno complexo, heterogêneo, multifacetado e influenciado por diversas variáveis biológicas e psicossociais, sendo também influenciado por diversos fatores de risco e proteção (Baptista, 2018). Este estudo buscou investigar a relação de alguns fatores protetivos e de risco sobre a depressão em uma amostra de pacientes atendidos pelo CAPS. Os resultados desta investigação corroboram achados anteriores que indicam relação positiva entre ruminação e depressão e que suporte familiar e espiritualidade apresentam relação inversa com depressão – o que indica que estas últimas variáveis possivelmente atuam como fatores protetivos para a amostra estudada.

O presente resultado sugere que o desenvolvimento de espiritualidade ou sentido de vida pode ser um importante fator protetivo de depressão (Bonelli, et al., 2012). Mais do que isto, Seligman (2002) indica que a falta de sentido de vida constitui um importante fator preditor de desesperança e vulnerabilidade à depressão. A falta de sentido na vida pode ser o resultado do adoecimento mental e falta de perspectivas ou vice-versa.

A integração da família no tratamento dos pacientes pode contribuir para melhor adesão e obtenção de melhoras (Souza et al., 2008). Na medida que os pacientes se sentem pertencentes a um grupo de referência (família) ou que há pessoas de referência prontas a prestar auxílio, é possível que eles vivenciem maiores níveis de afetos positivos – o que pode contribuir para o aumento dos seus níveis de bem-estar. No entanto, sabe-se que a depressão possui como consequência a exarcebção da visão negativista que o indivíduo possui sobre a vida, as relações e o futuro (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1987), sendo que esta associação pode ser fruto da característica do transtorno.

Em relação a ruminação, estes resultados indicam que pensamentos repetitivos sobre eventos negativos podem intensificar afetos negativos como culpa e irritação – o que pode também desencadear o humor negativo e propiciar maior vulnerabilidade à depressão (Aldão & Nolen-Hoeksema, 2010). Neste sentido, estratégias para lidar com a ruminação, como a prática de meditação ou psicoterapia focada na cognição, pode contribuir consideravelmente para

redução da ruminação e conseqüentemente dos sintomas depressivos (Nole-Hoeksema et al., 2008).

Diferente do esperado, entretanto, verificou-se relação positiva entre religiosidade e depressão. Este resultado contraria achados prévios que indicam a religiosidade como fator protetivo do desenvolvimento da depressão (McCullough & Larson, 1999). Uma possível explicação é que aspectos negativos da religiosidade como culpa, sofrimento e martírio sejam mais vivenciados por estes participantes e não aspectos positivos como perdão, altruísmo e generosidade (Koenig et al., 2001). Contudo, os resultados encontrados não permitem, neste estudo, avaliar esta suposição.

A importância da discussão sobre fatores protetivos e de risco para depressão em pacientes atendidos em setores públicos é de suma importância. O desconhecimento dos principais fatores de risco e/ou proteção, bem como o adequado diagnóstico e acompanhamento de pacientes com o transtorno pode refletir também em prejuízos decorrentes quando esses transtornos não são tratados adequadamente. A depressão instalada atua negativamente em diferentes aspectos da vida do indivíduo, trazendo sofrimento psíquico e somático, discriminação, isolamento social, interrupções ou queda no rendimento acadêmico e/ou laboral, abuso de álcool e drogas, suicídios, auto e heteroagressão, aumento de mortalidade, dentre outros, além do próprio agravamento do transtorno (Baptista, 2004; Beck et al, 1987).

A amostra pequena e não representativa do estudo é certamente uma limitação, por esta razão, sugere-se que estes resultados sejam interpretados com cautela. Enfatiza-se, contudo, que se trata de uma amostra pouco estudada e de difícil coleta, sendo necessário que o pesquisador lesse para alguns pacientes todos os protocolos, e em alguns casos foi necessário a releitura, para que pudessem compreender, geralmente devido a uso de drogas psicotrópicas que causam interferências na atenção e memória de curto prazo ou mesmo em detrimento da própria psicopatologia, que também tem como sintomas a interferência em fatores cognitivos. Os achados aqui apresentados podem subsidiar novas pesquisas e intervenções que enderecem, conjuntamente, as variáveis aqui tratadas. Como exemplo, a ruminação pode ser tratada com técnicas cognitivas e/ou teorias mais específicas, como foco na cognição, tal

como a teoria cognitiva e/ou técnicas de distração. Além disso, intervenções que envolvam a participação da família podem também gerar maior co-responsabilização pela melhora e manutenção de resultados psicossociais realizados nas instituições de saúde mental. Novos estudos poderão utilizar amostras mais representativas, bem como avaliar fatores de risco e/ou protetivos complementares, tais como suporte social, autorregulação emocional, lócus de controle e estratégias de enfrentamento em situações estressantes de vida.

Referências

Aldão, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour and Therapy*, 48(10), 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010

Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Baptista, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 496-509. doi: 10.1590/S1414-98932007000300010.

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. doi: 0.1590/S1413-82712011000200004

Baptista, M. N. (2012). *Manual técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor.

Baptista, M. N. (2018). Avaliando "depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*, 17(3), doi: 301-310. 10.15689/ap.2018.1703.14265.03

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Bonelli, R., Dew, R. E., Koenig, H. G., Rosmarin, D. H. & Vasegh S. (2012). Religion and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression Reserarch and Treatment.*, 2012 (2012). Retrieved from <https://www.Hindawi.com/journals/drt/2012/962860/>

Bonicatto S. C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science & Medicine*, 52(6), 911-919. doi: [10.1016/S0277-9536\(00\)00192-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00192-1)

Campos, E. P. (2004). Suporte familiar e família. In J. Mello Filho, M. Burd, (Orgs.) *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 Ed.). Hillsdale: Erlbaum.

Del Porto, J. A. (2002). Depressão: conceito e diagnóstico. In J. J. Mari, G. B. Filho, I. A. S. Bordin, E. C. M. Filho (Orgs.) *Atualização em psiquiatria 1* (pp.21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. / *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 165, 275 – 283. doi: [10.1016/j.sbspro.2014.12.632](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.632)

Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: gender's moderating effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283. doi: [10.1016/j.sbspro.2014.12.632](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.632).

Fleck, A. P. M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotional regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669. doi: [10.1016/j.paid.2005.12.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009)

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention Treatment*, 4(1), 1-62.

Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 104-110. doi: [10.1590/S0021-75572004000300013](https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013).

Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press

Lobo, A. L. G. S. (2012). *Religiosidade e sintomatologia depressiva – influência do nível de escolaridade nesta relação e da ruralidade na vivência religiosa (Dissertação de mestrado)* Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7731>

Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.

Baptista, M. N. (2012). *Manual técnico da Escala Baptista de Depressão em Adultos*. (EBADEP-A). São Paulo: Vetor.

Mangualde, A. A. S., Botelho, C. C., Soares, M. R., Costa, J. F., Junqueira, A. C. M., & Vidal, C. E. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial. *Revista Mental*, 10(19).

Martin, R., & Dahlen, E. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.004

McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research: The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, (2)2, 126-136.

Mondin, E. M. C. (2005). Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. *Psicologia Argumento*, 23(41), 25-35. doi: 10.7213/psicolargum.v23i41.19737

Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662.

Nöel, P. H., Williams, J. W., Unützer, J., Worchel, J., Lee, S., Cornell, J. Hunkeler, M. A. (2004). Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Annual of Family Medicine*, 2, 555-562. doi: [10.1370/afm.143](https://doi.org/10.1370/afm.143)

Nole-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. doi: [10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x)

Öngen, D. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade differences in Turkish adolescents. *Procedia Social and Behavior Sciences*, 9, 1516-1523. doi: [10.1016/j.sbspro.2010.12.358](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.358)

Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 153-165. doi: 10.1590/S0034-89102011000100018

Panzini, R., & Bandeira, D. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. doi: /10.1590/S0101-60832007000700016.

Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico Porto Alegre*, 47(4) 268-278. doi: 10.15448/1980-8623.2016.4.23398

Pereira, M. O., Souza, J. M. S., Costa, A. M., Vargas, D., Oliveira, M. A. F. O., & Moura, W. N. (2012). Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 48-54. doi:10.1590/S0103-21002012000100009.

Pillay, N., Ramlall, S., & Burns, J. (2016). Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1) 1-6. doi: 10.4102/sajpsy.2016.v22i1.731

Possel, P., Martin, N., Garber, J., Banister, A., Pickering, N., & Hautzinger, M. (2011). Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: a short-term longitudinal study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(1), 24–38. doi: 10.1037/a0019125

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press

Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Shvartzman, P., Weiner, Z., Vardy, D., Friger, M., Sherf, M., & Biderman, A. (2005). Health services utilization by depressive patients identified by the MINI questionnaire in a primary care setting. *Scand J Prim Health Care*, 23, 18-25. doi: 10.1080/02813430510018383

Silva, C. S., Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2009). Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. *HURevista*, 35(2), 111-118.

Smith, B., McCullough, M., & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129 (4), 614–636. doi: 10.1037/h0087878

Souza, M. S., Baptista, M. N., e Alves, G. A.S. (2008). Suporte Familiar e Saúde Mental: evidências de validade entre variáveis. *Aletheia*. (28) 45-59.

Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*, 44(289), 3135-3144. doi: 10.1001/jama.289.23.3135

Taunay, T. D. E., Gondim, F. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A. & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(4), 130-135. doi: 10.1590/S0101-60832012000400003

Webster-Stratton C. (1977). Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In: Guralnick MI, editor. *The effectiveness of early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes; 1997. p. 429-53. 2.

World Health Organization [WHO]. Ficha normativa no. 369 outubro de 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Zanon, C., & Teixeira, M. A. P. (2006). Adaptação do questionário de ruminação e reflexão (QRR) para estudantes universitários brasileiros. *Interação em Psicologia*, 10(1), 75-82. doi: 10.5380/psi.v10il.5771