UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LORAINE VIVIAN GAINO

Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde

RIBEIRÃO PRETO

2017

LORAINE VIVIAN GAINO

Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Jacqueline de Souza

RIBEIRÃO PRETO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Gaino, Loraine Vivian
Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde. Ribeirão Preto, 2017.
97 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Jacqueline de Souza

1. Apoio social. 2. Atenção primária à saúde. 3.Mulheres. 4.Saúde mental. 5.Sintomas psíquicos.

Nome: GAINO, Loraine Vivian

Título: Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em _____ /_____ /_____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, pais e irmãos pelo apoio incansável e amor infinito.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Raphael pelo amor, pela doçura, pela compreensão, pela sua coragem de me acompanhar nessa aventura da vida e por tantas coisas.

Às minhas bases e referências, Mãe Maria Cândida, Pai Vivaldo, Tato Alexandre, Tata Lúcia pelo amor, pelo apoio, pela vida.

Aos amigos-presentes que a jornada acadêmica me trouxe Dalila, Enio, Samuel, Bianca, Janaina, Sara, Carla, Emanuelle, Luana, Neliane, Raíssa, pelo companheirismo, risadas, abraços, desabafos. E, em especial, à amiga-irmã-presente Aline, pelo encorajamento, pela companhia, pelos "ouvidos" e por tantos momentos partilhados.

Aos amigos-irmãos de longa data, Ângelo, Ana Paula, Gisele, Talissa, Renan, Sarah, Débora, Bruno, Pedro Costa, Ébony, Simoni, pelo apoio, pelo alívio e pela dádiva da amizade eterna.

À orientadora Profa. Jacqueline de Souza, pelos ensinamentos e apoio acadêmicos e, principalmente, pelos de vida.

À Profa. Dra. Denise Saint Arnault, pela oportunidade única e inesquecível na University of Michigan.

Ao Grupo de Estudos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pelos momentos de aprimoramento intelectual e de alma. Em especial à Letícia pelos socorros acadêmicos.

À Profa. Clarissa Corradi-Webster, pelas oportunidades no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino e pela sua doçura.

Ao coordenador do Programa de Enfermagem Psiquiátrica Prof. Jorge Luiz Pedrão pelo apoio.

A todos os profissionais do Núcleo de Saúde da Família VI, pela confiança em mim depositada, pela liberdade e por todo apoio que tornaram possível esta pesquisa. Em especial, à Enfermeira Dra. Tatiana Veloso e os Agentes de Saúde Ana Paula, Sandra, Ana, Ramon e Fátima.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos que possibilitou a dedicação necessária à conclusão desta pesquisa.

A todos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pelas experiências e direcionamentos.

À disponibilidade e contribuições da Dra. Tatiana Veloso, Profa. Dra. Adriana I. Miasso e Profa. Dra. Maria José Clapis.

À Eubiose e ao Prof. José Henrique de Souza e à Helena Jefferson de Souza pela Verdade.

Ao meu Stanley – companheiro fiel dos tantos dias em frente ao computador e da vida.

EPÍGRAFE

"A mesma luz que brilha nas estrelas brilha em nossa inteligência, mas todas são centelhas de uma estrela única" (SOUZA, 1995, p. 60).

RESUMO

GAINO, Loraine Vivian. **Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde**. 2017. 97 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Apoio social tem sido considerado um fator protetivo à saúde mental de mulheres, as quais têm apresentado altas prevalências de Transtornos Mentais Comuns (TMC), principalmente as atendidas nos serviços de Atenção Primária. Este estudo objetivou analisar a associação entre a percepção de apoio social e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres cadastradas na região adscrita de uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um estudo *mixed method*, com delineamento parcialmente misto, do tipo sequencial com predominância da fase quantitativa. As participantes foram 141 mulheres, na etapa quantitativa, e 17, na etapa qualitativa, entre 18 e 65 anos, atendidas em um serviço de Atenção Primária à saúde do município de Ribeirão Preto. Na primeira fase do estudo, quantitativa, os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário sociodemográfico e das escalas psicométricas: Questionário de Suporte Social (SSQ) e o *Self Report Questionaire* – SRQ 20. A etapa qualitativa constou de quatro sessões individuais para elaboração de *Body maps* com as participantes para explorar as caraterísticas detalhadas da rede de apoio social delas e sintomas de Transtornos Mentais Comuns, contextualizadas a sua trajetória de vida e percepção corporal. Os dados quantitativos foram analisados utilizando estatística descritiva, medidas de dispersão e testes de correlação. Os dados qualitativos foram triangulados para identificar convergências ou divergências em relação aos resultados quantitativos. Os resultados confirmaram a associação entre apoio social e Transtorno Mental Comum no quesito "satisfação com apoio". A prevalência de Transtorno Mental Comum foi de 43,4%. As participantes, em geral, estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com o apoio e tinham, em média, oito apoiadores os quais correspondiam principalmente a familiares, seguido de amigos. Os fatores de risco para Transtorno Mental Comum foram: estar pouco satisfeita com apoio recebido e ter filhos. Entende-se a necessidade de promoção de cuidados que auxiliem na atenuação do estresse pelas responsabilidades como mulheres e aumentem a satisfação com apoio. Exemplos de estratégias incluem o estímulo e criação de grupos de conversa para troca de experiência entre mães e mulheres, o fortalecimento de vínculo com os profissionais de saúde da Atenção Primária, assim como oferecimento de uma escuta às demandas emocionais e apoio nas diferentes

necessidades por esses mesmos. Salienta-se a necessidade de, além dos serviços de saúde, espaços sociais para discussão e reflexão acerca das cargas relacionadas ao papel da mulher.

Palavras-chave: Apoio social. Atenção primária à saúde. Mulheres. Saúde mental. Sintomas psíquicos.

ABSTRACT

GAINO, Loraine Vivian. **Social support network and common mental disorders among women attended in primary health care**. 2017. 97 f. Thesis (Doctoral in Psychiatric Nursing) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Social support has been considered a protective factor for the mental health of women, who have presented high prevalence of common mental disorders (CMD), mainly those attended in the primary care services. This study aims to analyze the association between the perception of social support and the prevalence of common mental disorders among women attended in the assigned area of a Family Health Unit. This is a mixed method study, with partially mixed design, sequential type with quantitative phase predominance. The participants were 141 women, in the quantitative phase, and 17 in the qualitative phase, between 18 and 65 years old, attended by a primary health care service in Ribeirão Preto. In the first phase of the study, the quantitative data were collected through the application of a sociodemographic questionnaire and the psychometric scales: Social Support Questionnaire (SSQ) and the Self Report Questionnaire - SRQ 20. The qualitative step consisted of four individual sessions to elaborate *Body map*s with the participants in order to explore detailed characteristics of the participants' social support network and common mental disorders symptoms contextualized to their life trajectory and body perception. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, dispersion measures and correlation tests. Qualitative data were triangulated to identify convergences or divergences from quantitative results. The results confirmed the association between social support and common mental disorder in the aspect "satisfaction with support". The prevalence of common mental disorder was 43.4%. Participants were generally satisfied or very satisfied with the support and had, on average, eight supporters, mostly family members, followed by friends. The risk factors for common mental disorder were being dissatisfied with support received and having children. We understood the need to promote care that helps to buffer stress for responsibilities as women and increase satisfaction with support. Strategy examples include the encouragement and creation of conversation groups to exchange experience among mothers and women, strengthening bonding with primary care health professionals, as well as listening to emotional demands and support the woman needs. In addition to health services, there is a need for social spaces for discussion and reflection about the burden related to the women role.

Keywords: Social support. Primary health care. Women. Mental health. Psychic symptoms.

RESUMEN

GAINO, Loraine Vivian. **Red de apoyo social y trastornos mentales comunes entre las mujeres atendidas en atención primaria de salud**. 2017. 97 f. Tesis (Doctorado en Enfermería Psiquiátrica) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

El apoyo social ha sido considerado un factor de protección para la salud mental de las mujeres, las cuales han presentado una alta prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC), principalmente las atendidas en los servicios de atención primaria. Este estudio busca analizar la asociación entre la percepción de apoyo social y la prevalencia de trastornos mentales comunes entre mujeres registradas em la región adscrita de una Unidad de Salud de la Familia. Se trata de un estudio de método mixto, con diseño parcialmente mixto, del tipo secuencial con predominio de la fase cuantitativa. Las participantes fueron 141 mujeres, en la fase cuantitativa, y 17, en la fase cualitativa, entre 18 y 65 años, atendidas en un servicio de Atención Primaria a la salud del município de Ribeirão Preto. En la primera fase del estúdio, la cuantitativa, lo datos fueron recolectados através de la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y de las escalas psicométricas: Cuestionario de Soporte Social (SSQ) y Cuestionario de Auto-Informe - SRQ 20. La etapa cualitativa constó en cuatro sesiones individuales de elaboración De Mapas del Cuerpo con las participantes para explorar características detalladas de la red de apoyo social de las participantes y síntomas de trastornos mentales comunes contextualizados a su trayectoria de vida y percepción corporal. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva, medidas de dispersión y pruebas de correlación. Los datos cualitativos fueron triangulados para identificar convergencias o divergencias em relación com los resultados cuantitativos. Los resultados confirmaron la asociación entre el apoyo social y el trastorno mental común en el tema "satisfacción con el apoyo". La prevalencia de trastorno mental común fue del 43,4%. Las participantes em el general estaban satisfechas o muy satisfechas con el apoyo y tenían, en promedio, ocho seguidores los cuales correspondían en su mayoría a familiares, seguido de amigos. Los factores de riesgo para el trastorno mental común fueron quedar poco satisfechas con el apoyo recibido y tener hijos. Se entiende la necesidad de promoción de los cuidados que ayuden en la atenución del estrés de las responsabilidades como mujeres y aumentar la satisfacción con el apoyo. Ejemplos de estrategias incluyen el estímulo y la creación de grupos de conversación para intercambiar experiencias entre madres y mujeres, el fortalecimiento del vínculo con los profesionales de salud de atención primaria, así como

ofrecimiento de una escucha a las demandas emocionales y apoyo en las diferentes necesidades por esas mismas. Se destaca la necesidad, además de los servicios de salud, espacios sociales para discusión y la reflexión sobre la carga relacionada al papel de la mujer.

Palabras clave: Apoyo social. Atención primaria a la salud. Mujer. Salud mental. Síntomas psíquicos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceitual do presente estudo 24

Figura 2 – Localização do município de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo (à esquerda) e localização da região estudada no município em destaque (à direita) 29

Figura 3 – Divisão das cinco micro áreas que compõem a região adscrita a Unidade de Saúde da Família estudada..... 29

Figura 4 – Esquema dos componentes da rede de apoio das participantes do estudo, n=141 42

Figura 5 – Fragmentos dos mapas corporais, a participante S - figura à esquerda - utilizou recorte de revista de um casal para representar o cônjuge como apoiador; a participante D – figura à direita - também utilizou recorte de revista para representar o pai e as amigas como apoadores. 43

Figura 6 – Fragmentos dos mapas corporais, a participante Y - figura à esquerda - escreveu "Núcleo da Família VI", representando os profissionais de saúde como apoiadores; a participante O - figura à direita - desenhou flores representando os filhos como apoiadores. 43

Figura 7 – Fragmentos de mapas corporais, a participante Y - figura à esquerda - utilizou recortes de revista com pessoas se abraçando para representar que procurava ajuda dos apoiadores para desabafar; a participante D - figura à direita - desenhou falas ao telefone representando que procurava os apoiadores para conversar. 44

Figura 8 – Fragmentos de mapas corporais, a participante S - figura à esquerda - desenhou lágrimas no rosto para representar como se sentia a maior parte do tempo; a participante F - figura à direita - utilizou um recorte de revista para representar sua tristeza. 46

Figura 9 – Fragmentos de mapas corporais, a participante J - figura à esquerda - utilizou um recorte de revista com a frase "Devo contar a alguém que estou deprimido?" e desenhou um rosto alegre e outro triste; a participante P - figura à direita - desenhou seu próprio rosto triste para representar como se sentia a maior parte do tempo. 47

Figura 10 – Mapa corporal da participante Y 49

Figura 11 – Mapa corporal da participante O 51

Figura 12 – Mapa corporal da participante B 53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação do conteúdo dos encontros e descrição das etapas de construção do *Body map* 34

Quadro 2 – Estrutura operacional do projeto de pesquisa 37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de participantes de acordo com número de apoiadores e satisfação mencionados 41

Gráfico 2 – Sintomas mais prevalentes encontrados na aplicação do SRQ-20 nas participantes em geral 45

Gráfico 3 – Sintomas mais prevalentes encontrados na aplicação do SRQ-20 nas participantes positivas para TMC 45

Gráfico 4 – Correlação entre o escore de satisfação com o apoio social (SSQ_S), número de apoiadores (SSQ_N) e escore de Transtorno Mental Comum (SRQ-20) .. 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes, n=141, Ribeirão Preto, 2017. 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SRQ-20	Self Report Questionnaire - 20
SSQ-N	Questionário de Suporte Social – Número de Apoiadores
SSQ-S	Questionário de Suporte Social – Satisfação com apoio
TMC	Transtorno Mental Comum

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 20
1.1 Modelo conceitual 23
2 OBJETIVOS 25
2.1 Objetivo geral 26
2.2 Objetivos específicos 26
3 MÉTODO 27
3.1 Tipo de estudo 28
3.2 Local 28
3.3 Participantes 30
3.3.1 População e amostra 30
3.3.2 Recrutamento 30
3.4 Coleta de dados 31
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados 31
3.4.1.1 Questionário sociodemográfico 31
3.4.1.2 Questionário de Suporte Social – SSQ 31
3.4.1.3 Self Report Questionaire – SRQ 20 32
3.4.1.4 Body mapping 33
3.5 Análise dos dados 35
3.6 Aspectos éticos 36
4 RESULTADOS 38
4.1 Características sociodemográficas 39
4.2 Apoio social: aspectos descritivos 41
4.3 Transtorno Mental Comum: aspectos descritivos 44
4.4 Associação entre as variáveis TMC, apoio social e características sociodemográficas 54
5 DISCUSSÃO 57
6 CONCLUSÃO 68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 70
REFERÊNCIAS 73
APÊNDICES 82
ANEXOS 84

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

"Apoio social" tem sido descrito como o auxílio disponível nas necessidades físicas, psicológicas, materiais e/ou o encorajamento proporcionado por indivíduos que compõem a rede de contato, isto é, pessoas do âmbito familiar, do círculo de amizades, vizinhos, colegas de trabalho e outros (SARASON et al., 1983; COHEN; WILLS, 1985; VAUX, 1988; PARANJAPE; KASLOW, 2010; WILLET et al., 2012).

A "rede de apoio social", por sua vez, consiste no conjunto de pessoas e/ou instituições que o indivíduo percebe que pode confiar ou contar para provisão de cuidados, amor e valores (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; SOUZA; KANTORSKI, 2009).

Considera-se o termo como um meta-constructo composto por três principais aspectos: recursos disponíveis na rede social, atitudes apoiadoras e percepção de apoio. Esses aspectos estão interligados num processo dinâmico e complexo entre os indivíduos e sua rede social (COHEN; WILLS, 1985; VAUX, 1988; NAYBACK-BEEBE; YODER, 2011).

Estudos têm sido desenvolvidos acerca dos efeitos do apoio social na saúde das pessoas, relacionando-o a menores taxas de morbimortalidade, maior adesão aos tratamentos, dietas e exercícios físicos (MCDOWELL, 2006; WILLET et al., 2012). O apoio social também tem sido relacionado a melhores taxas de abstinência do uso de drogas, diminuição do risco de uso e abandono de comportamentos nocivos à saúde (REED et al., 2013).

Ressalta-se ainda que o apoio social influencia o modo como o indivíduo avalia e lida com o estresse (FRISCH et al., 2014), atuando como um "*buffering*" (amenizador) das consequências negativas desse estresse (SARASON et al., 1983; MCDOWELL, 2006).

O termo "percepção do apoio social" diz respeito a quem o indivíduo considera, de fato, como potencial fonte de ajuda para diferentes necessidades. Tal percepção tem sido descrita como um importante fator psicossocial a ser considerado no planejamento dos cuidados de saúde mental (DUTT; WEBBER, 2010; GJESFJELD et al., 2010; SOUZA et al., 2011).

A percepção de apoio social é influenciada tanto pela existência, de fato, das fontes de apoio, disponibilidade dos apoiadores, bem como por fatores socioeconômicos, psicológicos, culturais, profissionais, faixa etária, condições de saúde e gênero (GJESFJELD et al., 2010; NAYBACK-BEEBE; YODER, 2011; WILLET et al., 2012) .

Em relação ao gênero, as mulheres são mais propensas a procurarem, receberem e se beneficiarem do apoio social, no entanto, as responsabilidades culturalmente atribuídas a elas (cuidado de crianças, dos enfermos e idosos e atividades domésticas) geram, muitas vezes, uma alta demanda por auxílio que, associada à baixa habilidade de construir e manter redes sociais,

culmina em menor percepção de apoio (GJESFJELD et al., 2010; NAYBACK-BEEBE; YODER, 2011; SAINT ARNAULT; ROLES, 2012).

Em relação à saúde mental de mulheres, estudos apontam que melhores índices de apoio social estão inversamente relacionados aos transtornos mentais como ansiedade, estresse pós-traumático (NAYBACK-BEEBE; YODER, 2011), depressão e depressão pós-parto (GJESFJELD et al., 2010; CHOJENTA; LOXTON; LUCKE, 2012). Isto é, o apoio social atuaria como um fator de proteção à saúde mental, amenizando o aparecimento de sintomas em mulheres que enfrentam alguma situação adversa como imigração, pobreza, estresse econômico e violência doméstica (GRIFFITHS et al., 2009; DUTT; WEBBER, 2010; SAINT ARNAULT; ROLES, 2012; KAMIMURA; PAREKH; OLSON, 2013).

Ao apreender o conceito de saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo está apto a utilizar suas habilidades, lidar com os estressores, trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir para sua comunidade, a Organização Mundial da Saúde preconiza a inclusão de ações voltadas para saúde mental nos serviços de atenção primária (LUND et al., 2010; FORTES et al., 2011). Uma das ações recomendadas é o rastreamento dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) altamente prevalentes em mulheres atendidas nesse nível de atenção (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009; FORTES et al., 2011).

A literatura apresenta duas definições para Transtornos Mentais Comuns: 1) um conjunto de sintomas não-psicóticos como fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, queixas somáticas e dificuldade de concentração, não englobando diagnósticos psiquiátricos específicos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992) e 2) diagnósticos encontrados mais frequentemente, como depressão, ansiedade, transtornos somatoformes, transtorno do estresse pós-traumático e abuso/dependência de álcool (LUND et al., 2010; SALINERO-FORT et al., 2014b). Neste estudo, opta-se pela primeira perspectiva que considera a manifestação de sintomas emocionais e físicos associados, mas não delimitados a quadros psiquiátricos específicos.

Apreendendo, portanto, o apoio social como possível fator protetivo à saúde mental de mulheres, bem como a necessidade de empreender ações de saúde mental na atenção primária, propôs-se a seguinte questão de pesquisa: as características da rede de apoio social de mulheres em seguimento nesses serviços estão relacionadas com a presença ou não de Transtornos Mentais Comuns?

Teve-se como hipótese que haveria maior prevalência de Transtorno Mental Comum entre as mulheres que percebiam menor número de apoiadores e menos satisfação com esse apoio.

Embora haja uma vasta literatura relacionando as variáveis ‘apoio social’, ‘saúde mental’ e ‘gênero’, nota-se o predomínio de estudos quantitativos que focam principalmente em um aspecto do apoio social (GRIFFITHS et al., 2009; DUTT; WEBBER, 2010; GJESFJELD et al., 2010; NAYBACK-BEEBE; YODER, 2011; CHOJENTA; LOXTON; LUCKE, 2012; WILLET et al., 2012; KAMIMURA; PAREKH; OLSON, 2013; ELGORRIAGA; IBABE; ARNOSO, 2014; FRY-BOWERS et al., 2014).

A presente pesquisa, no entanto, objetivou ampliar essa discussão, focando não apenas no número de apoiadores, mas também na satisfação com esse apoio. Além disso, também explorou características qualitativas da rede de apoio (tipo, relacionamentos, contexto da solicitação do apoio) e se as mulheres teriam alguma relação com a prevalência de Transtornos Mentais Comuns.

1.1 Modelo conceitual

Psicossomática é um conceito multidisciplinar que pode se referir tanto a uma abordagem teórica, disciplina e/ou campo de pesquisa que pretende compreender a relação entre os fenômenos físicos e psíquicos no ser humano. Para tanto, concebe o sujeito de forma holística, com particularidades e dentro de contextos socioculturais específicos (MELLO FILHO, 1992; CERCHIARI, 2000; GROVER et al., 2015).

Embora esta abordagem proponha que quaisquer sintomas físicos podem ter alguma ligação com conflitos psíquicos (MELLO FILHO, 1992; CERCHIARI, 2000), dentro da psicossomática há o estudo específico dos chamados transtornos somatoformes que incluem a presença de sintomas físicos não associados a nenhuma origem orgânica, com histórico de contato do indivíduo com assistência médica frequente (OMS, 2017). Geralmente, tais transtornos são identificados por uma gama de queixas, sem origem definida, tanto físicas subjetivas (como dor de cabeça, dores de estômago, tonturas entre outros) e psicológicas (nervosismo, problemas com sono, irritabilidade, etc.), também denominadas como *sintomas psicossomáticos* (NATVIG et al., 1999; SPENCER, 2016; ZIMMERMANN et al., 2016). Apesar disso, os sintomas psicossomáticos não estão necessariamente associados ao diagnóstico de transtornos somatoformes, pois podem se manifestar em outros transtornos mentais ou situações de sofrimento psíquico (GROVER et al., 2015).

Assim, a abordagem psicossomática foi adotada como marco conceitual do presente estudo tendo como principal variável o Transtorno Mental Comum. O conceito de Transtorno Mental Comum adotado é o descrito por Goldberg e Huxley (1992), ou seja, a manifestação de

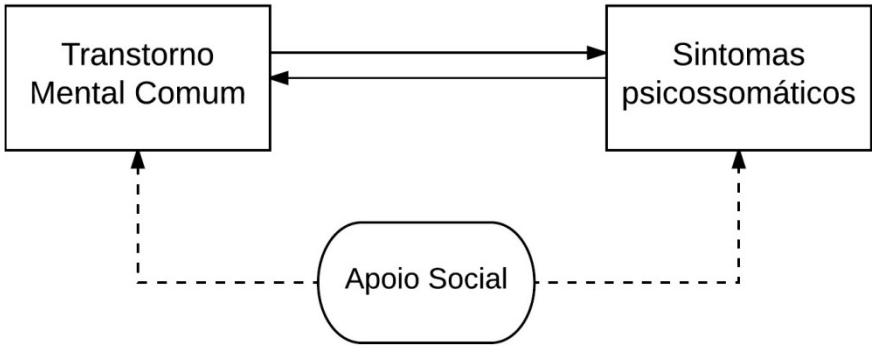
sintomas emocionais e físicos não necessariamente associados a um diagnóstico psiquiátrico específico, mas que pode sinalizar um grau de sofrimento que vulnerabiliza o sujeito a algum transtorno mental, como ansiedade e depressão.

Dado que algumas pesquisas sugerem que os sintomas psicossomáticos podem ser atenuados pelo apoio social (ARO; HÄNNINEN; PARONEN, 1989; NATVIG et al., 1999; CHUEH et al., 2011; JIBEEN, 2011; KANG, 2012), tal aspecto também foi considerado no modelo conceitual do presente estudo.

O conceito de apoio social adotado foi o de Cohen e Wills (1985), Sarason et al. (1983) e Vaux (1988), que o descrevem como o auxílio ou encorajamento proporcionado ao indivíduo nas necessidades físicas, psicológicas e materiais.

Assim, a figura 1 apresenta o modelo conceitual do presente estudo e pode ser assim sintetizado: o apoio social exerce fator de proteção dos sintomas psicossomáticos, logo, as mulheres com melhor apoio social serão menos suscetíveis a serem positivas para Transtorno Mental Comum.

Figura 1 – Modelo conceitual do presente estudo



Fonte: Produzida pela autora a partir do modelo conceitual apresentado em texto.

Salienta-se que o presente estudo assume grande importância no contexto das políticas de saúde atuais, sobretudo pelas preconizações internacionais sobre a inserção de ações de saúde mental na Atenção Primária, bem como sobre a necessidade de estratégias para diminuir a vulnerabilidade das mulheres aos transtornos mentais. Entende-se que os resultados aqui obtidos podem fornecer subsídios importantes para o planejamento de cuidados de saúde mental para esse público, com aplicações pelos diferentes componentes da equipe multidisciplinar, sobretudo pelos enfermeiros e psicólogos que poderão atuar como parceiros importantes para a consolidação de tais cuidados no âmbito do território.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre a percepção de apoio social e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres cadastradas na região adscrita de uma Unidade de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

a) Identificar a prevalência de Transtorno Mental Comum entre as participantes;

b) Analisar quais os fatores de risco e proteção para o TMC entre as participantes;

c) Analisar a percepção de apoio social das participantes (quantidade de apoiadores, componentes da rede de apoio, tipo de apoio oferecido e satisfação com este).

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal *mixed method,* com delineamento parcialmente misto, do tipo sequencial com predominância da fase quantitativa (HOCHMAN et al., 2005; LEECH; ONWUEGBUZIE, 2007; SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

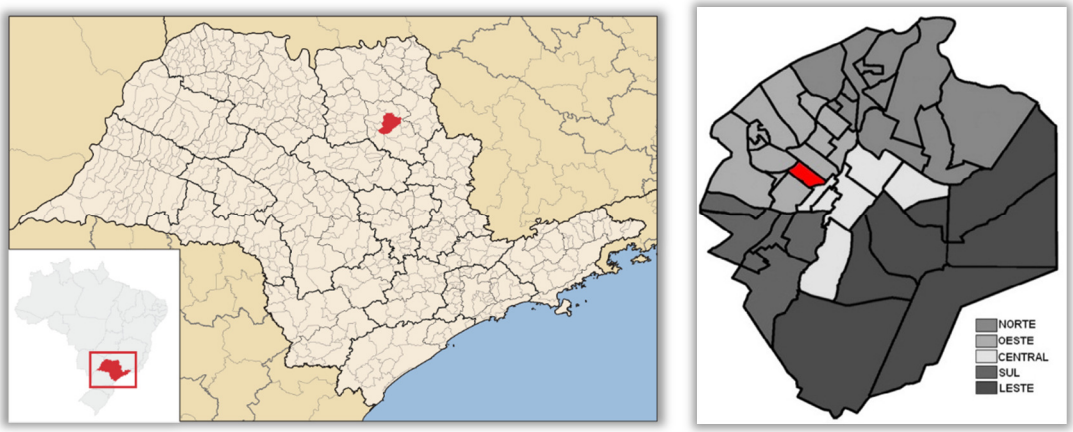
O tipo sequencial é utilizado quando os dados são coletados e analisados separadamente e, apenas em etapa posterior, é feita a triangulação dos mesmos. No caso da presente pesquisa a fase quantitativa foi utilizada como base para a execução da qualitativa (QUANT → qual), isto é, a partir dos resultados quantitativos foram convidadas as participantes para a segunda fase, considerando os critérios de baixa percepção de apoio social e/ou presença de Transtorno Mental Comum.

A fase quantitativa foi predominante tendo em vista que o objeto adotado era a associação entre apoio social e TMC e os dados qualitativos foram complementares às análises estatísticas.

3.2 Local

O estudo foi desenvolvido numa Unidade de Atenção Primária do Subsetor Oeste 6 na cidade de Ribeirão Preto/SP. A localização da cidade de Ribeirão Preto, assim como da região do município na qual se situa o referido serviço pode ser observada na figura 2.

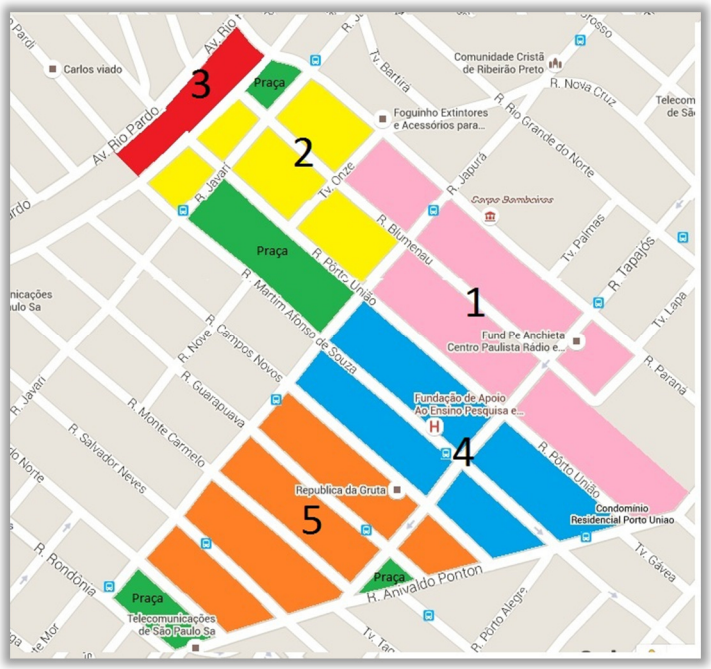
Figura 2 – Localização do município de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo (à esquerda) e localização da região estudada no município em destaque (à direita)



Fonte: Adaptado de Roza (2011).

A divisão das micro áreas que compõe a Unidade de Saúde da Família pode ser conferida na figura 3.

Figura 3 – Divisão das cinco micro áreas que compõem a região adscrita a Unidade de Saúde da Família estudada



Fonte: Produzida pela própria autora sobre mapa disponibilizado por Google Maps® da região de Ribeirão Preto[1].

[1] Mapa da região oeste de Ribeirão Preto. Disponível em:<https://www.google.com.br/maps/place/R.+Blumenau+-+Subsetor+Oeste+-+6+(O-6),+Ribeir%C3%A3o+Preto+-+SP/@-21.1535604,-47.8337094,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x94b9be1222364603:0xb924d23db1f8628f!8m2!3d-21.1535604!4d-47.8315207>. Acesso em: 1 jul. 2017.

3.3 Participantes

3.3.1 População e amostra

O número total da população da área é de 30.291, sendo que 16.016 (52,9%) são do sexo feminino. (IBGE, 2017c; ROZA, 2011), e dessas, 786 são registradas no referido serviço. Dessas últimas, 441 estão na faixa etária entre 18 e 65 anos.

As participantes do estudo foram mulheres da referida faixa etária, atendidas nesse serviço de Atenção Primária à saúde. O único critério de exclusão adotado foi: condição clínica que inviabilizasse a participação nas duas etapas do estudo (deficiência auditiva, visual ou de fala).

Foi adotada uma amostra de conveniência considerando o período de coleta entre fevereiro de 2016 e fevereiro de 2017. Foram convidadas 220 mulheres no total, sendo que 141 aceitaram participar da pesquisa e 79 recusaram.

3.3.2 Recrutamento

Para o recrutamento das participantes, foi requisitada ao serviço uma lista com todos os endereços das famílias cadastradas, composta por pelo menos uma mulher. Dessa relação, foi organizada uma listagem randomizada com os endereços. Uma mulher de cada residência sorteada era convidada pessoalmente ou por telefone a participar do estudo. Caso a primeira mulher que atendesse ao contato não tivesse interesse em participar da entrevista, o convite era estendido a outra da casa. Se todas as moradoras recusassem, era contatado o próximo endereço da listagem.

Em relação à etapa qualitativa, todas as mulheres que apresentaram baixo número de apoiadores (38 mulheres) ou menos satisfação com apoio (23 participantes), assim como aquelas com indicativo de Transtorno Mental Comum (61 participantes) foram convidadas por telefone ou pessoalmente a participar. Dessas, 17 conseguiram ser contatadas e completaram a etapa qualitativa durante o período de coleta de dados

3.4 Coleta de dados

O tempo de coleta foi de fevereiro de 2016 a fevereiro de 2017, realizada por uma psicóloga doutoranda, uma enfermeira com nível de mestrado e duas agentes de saúde do próprio serviço que foram treinadas para a referida coleta de dados. Os questionários foram aplicados durante as visitas domiciliares para as mulheres que concordaram participar da pesquisa. Em alguns casos, as mulheres solicitaram que a entrevista fosse realizada na Unidade de Saúde, em sala privada, pois não se sentiram confortáveis em responder aos questionários em suas residências. A aplicação teve duração média de 40 minutos.

A etapa qualitativa constou de quatro sessões individuais para elaboração de mapas corporais (*Body-maps*). Essa etapa foi realizada em quatro sessões de 50 minutos cada, em uma sala privada no serviço de Atenção Primária.

3.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Na primeira fase do estudo, os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e duas escalas psicométricas, a saber o Questionário de Suporte Social (SSQ) e o *Self Report Questionaire* – SRQ 20. Para a coleta de dados qualitativos, foi utilizada a técnica de *Body-mapping*.

3.4.1.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice A) foi desenvolvido baseado nos indicadores sociais mínimos descritos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017b). As questões buscavam verificar a cor/raça, religião, estado civil, situações de moradia (residência própria ou alugada), moradores e números de pessoa na casa, número de filhos, escolaridade, renda, situação de emprego e ocupação.

3.4.1.2 Questionário de Suporte Social – SSQ

A escala de "*Social Questionnaire Support* – SSQ" (Anexo A) foi desenvolvida por Irwin Sarason e Bárbara Sarason em 1983 com o objetivo de identificar a disponibilidade percebida de apoio social e satisfação com esse apoio (SARASON et al., 1983).

O SSQ é composto por 27 questões e dividido em duas partes. Na primeira parte das questões, é solicitado ao participante que indique nome de pessoas apoiadoras para diferentes situações – podendo listar de nenhuma até nove (SSQ-N). Na segunda parte, o respondente informa sua satisfação (SSQ-S) com o apoio recebido, por meio de uma escala tipo Likert que varia de "muito satisfeito" (6) a "muito insatisfeito" (1) (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

O escore de apoio (SSQ-N) corresponde ao número de apoiadores e é calculado pela soma do número de pessoas apontadas como apoiadoras na lista. Quanto à satisfação com o apoio, o escore (SSQ-S) dá-se pela soma dos pontos de cada questão dividido pelo número de questões. O escore final de satisfação, então, poderá ser de 1 a 6 pontos.

O instrumento foi validado no Brasil por Matsukura, Marturano e Oishi (2002), que reaslizaram a adaptação para o português. Para tanto foi realizada a tradução e estudos psicométricos com uma amostra de 125 mulheres mães de crianças de até 12 anos no município de São Carlos/SP.

Foi utilizada a estatística Kappa (SSQ-N, média de 0,33; e SSQ-S, média de 0,49) e Coeficientes Alfa de Kronbach, (SSQ-N, o resultado do teste foi de 0,9384, e reteste 0,9610; SSQ-S o resultado do teste foi de 0,9438, e reteste 0,9626). Avaliou-se que houve alto nível de consistência interna e fidedignidade teste-reteste favorável (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

No presente estudo, considerou-se como baixa satisfação com apoio percebido, escores menores que 5 (0 a 4,9); estar satisfeita com apoio recebido, escores entre 5,0 e 5,9; e estar muito satisfeita com apoio recebido, escores iguais a 6.

3.4.1.3 Self Report Questionaire – SRQ 20

O Self Report Questionnaire – SRQ 20 (Anexo B), foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar os Transtornos Mentais Comuns em países em desenvolvimento. O instrumento deriva de quatro outros – *General Health Questionnaire* (GHQ-60), *Present State Examination* (PSE), *Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2* (PGI) e o *Patient Symptom Self Report* (PASSRo) (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A versão original tem 24 itens, sendo os 20 primeiros avaliadores de transtornos não-psicóticos e quatro itens para transtornos psicóticos. Na versão brasileira, como o estudo de sua

adaptação foi realizado num contexto de Atenção Primária à saúde, apenas são usados os 20 primeiros itens (MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O questionário conta com 20 questões de “sim” ou “não” sobre sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. São considerados casos suspeitos de transtorno mental quando há acima de oito respostas positivas (GOMES; MIASSO; MIGUEL, 2013).

Mari e Willians (1986) adaptaram a escala para a população brasileira, com o questionário sendo aplicado a 875 pacientes atendidos na Atenção Primária. O SRQ-20 mostrou-se um instrumento viável para identificação de transtornos nesse contexto. A sensibilidade foi de 83% e a especificidade de 80%.

Um estudo mais recente, desenvolvido com 3190 trabalhadores, teve como objetivo investigar as propriedades psicométricas do questionário, em Feira de Santana, Bahia. Por meio de análise fatorial exploratória de correlações tetracóricas, análise de correspondência múltipla, avaliou-se que o coeficiente de consistência interna geral e padronizado foi de 0,80.

Para a análise fatorial de relações tetracóricas foram extraídos quatro fatores referentes a dimensões que o questionário propõe avaliar: fator I – comportamento ansioso e depressivo, fator II – decréscimo de energia, fator III – sintomas somáticos, fator IV – humor depressivo.

A fórmula de Kuder-Richardon (KD-20) foi utilizada para avaliar a consistência interna do instrumento e os coeficientes dos quatros fatores variaram de 0,57 a 0,65 – revelando desempenho regular. Portanto, o SRQ-20 tem um desempenho aceitável para avaliar Transtornos Mentais Comuns (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

3.4.1.4 Body mapping

Body mapping é uma técnica que propõe a representação do corpo em tamanho real e o uso de recursos como pinturas, colagens, desenhos, símbolos e slogans para delinear a própria história e aspectos marcantes da vida do sujeito (GASTALDO et al., 2012; MAINA et al., 2014; ESPINOZA-TAPIA; SILVA SEGOVIA, 2015).

Tal técnica tem sido utilizada tanto como recurso terapêutico quanto como estratégia de coleta de dados para pesquisa qualitativa, pois propicia a expressão mais profunda e reflexiva do que se está pesquisando, o que pode não acontecer por meio de métodos mais lineares como entrevista (GASTALDO et al., 2012; SAINT ARNAULT; SHIMABUKURO, 2012).

Destaca-se que essa forma de coleta de dados permite contar histórias e construir narrativas que refletem, visualmente e descritivamente, processos sociais, políticos, econômicos, também experiências corporais e significados atribuídos às circunstâncias de vida

que dão forma a quem são. Além disso, auxilia a unir aspectos globais e individuais, relacionando-os às histórias de vida (GASTALDO et al., 2012; ESPINOZA-TAPIA; SILVA SEGOVIA, 2015).

Alguns pesquisadores também destacam o potencial do uso de técnicas visuais, como o *body mapping*, para coleta de dados qualitativos principalmente quando os participantes são de minorias étnicas ou públicos com limitações culturais ou de linguagem, pois tais técnicas permitem que sejam descritas sensações emocionais e corporais nos próprios termos do participante, sem a restrição da linguagem escrita (SAINT ARNAULT; SHIMABUKURO, 2012).

Dessa forma, o uso da técnica de *Body mapping* foi guiada pelo roteiro descrito por Gastaldo et al. (2012). A utilização de tal técnica buscou explorar aspectos mais subjetivos da rede de apoio das participantes, contextualizando-as quanto a suas trajetórias de vida. Assim, foram exploradas, sobretudo, informações sobre quais eram os apoiadores e situações nas quais solicitavam o apoio.

O roteiro de cada encontro está resumidamente descrito no quadro 1:

Quadro 1 – Apresentação do conteúdo dos encontros e descrição das etapas de construção do *Body map*

Encontro	**Atividades a serem desenvolvidas**	**Descrição breve das atividades**
1º Encontro	1) Introdução ao *Body map*	Apresentação e explicação do uso dos materiais artísticos
	2) Traço do corpo	Escolha da posição que a participante desejava que seu corpo fosse contornado
	3) Marcas sob/sobre a pele	Discussão e representação de situações marcantes na infância, adolescência e vida adulta
		Descrição e representação no mapa corporal das marcas físicas e psíquicas sofridas pela participante
2º Encontro	1) Autorretrato	Representação de como a participante se via e como acreditava que era vista pelo mundo
	2) "*Scanning*" do corpo para identificação de pontos fortes	Descrição e representação de situações adversas e os modos de enfrentamento utilizados pela participante em eventos passados
3º Encontro	1) Mensagem para outros	Que mensagem a participante gostaria de deixar a outras pessoas
	2) Desenhando o futuro	Representação do que a participante esperava do futuro
	3) Promoção de autoconhecimento	Dinâmicas para conscientização de si (Técnica de automassagem e treinamento da respiração)

Continua...

Quadro 1 - Apresentação do conteúdo dos encontros e descrição das etapas de construção do *Body map* (final)

Encontro	Atividades a serem desenvolvidas	Descrição breve das atividades
4º Encontro	1) Estruturas de apoio	Representação das pessoas/instituições/grupos que auxiliavam a participante no enfrentamento de adversidades pela participante
	2) Construção da narrativa	Narração da história da participante a partir dos símbolos/representações no *Body map*
	3) Decoração final	Inserção de elementos decorativos

Fonte: Elabora pelos pesquisadores a partir da referência de Gastaldo et al. (2012).

As quatro sessões foram desenvolvidas por uma psicóloga e um enfermeira previamente treinadas para o uso da técnica e ambas registraram suas impressões sobre o processo de elaboração dos mapas, as narrativas feitas pela participantes na apresentação do seu mapa corporal bem como a interação entre o facilitador e participante em diário de campo. As narrativas também foram áudio-gravadas.

3.5 Análise dos dados

Foi elaborado um banco de dados no Microsoft Excel, no qual foi realizada dupla digitação para conferência dos dados. Esse banco foi transportado para o *Statistical Package for Social Science for Windows SPSS®* 11 no qual foram empreendidas as seguintes análises estatísticas: estatística descritiva, média, mediana e desvio padrão das características sociodemográficas (idade, número de filhos, número de pessoas com quem morava na casa), do número de apoiadores e do escore de satisfação com apoio. Também foi calculada a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e dos principais sintomas referidos pelas participantes.

Foram empreendidas análises bivariadas, Teste de Qui Quadrado de Pearson e Teste Exato de Fischer, para analisar a associação entre os dados sociodemográficos e TMC, entre apoio social (número de apoiadores; ter amigos, familiares e vizinhos na rede de apoio; estar satisfeito com apoio social) e TMC e entre apoio social (satisfação e número de apoiadores) e os diferentes sintomas que compõe o SRQ-20.

O Teste de Correlação de Pearson foi utilizado para analisar a correlação entre apoio social (número de apoiadores e escore satisfação com apoio) e o escore do SRQ-20.

Também foi empreendida uma análise de regressão logística considerando como variável dependente a positividade para TMC (escore igual ou acima de oito pontos), classificada como sim ou não, para a qual foi ajustado um modelo de regressão logística.

As variáveis independentes do estudo utilizadas foram cor (branco ou amarelo/preto ou pardo), filhos (sim/não), renda (até dois salários mínimos/acima de dois salários mínimos), exercício de atividade remunerada (sim/não), número de apoiadores (até 6/7 ou mais), satisfação com o apoio (sim/não), presença de amigos como apoiadores (sim/não).

A partir do modelo de regressão ajustado foi calculada a razão de Odds e o correspondente intervalo de confiança. O nível de significância utilizado nas análises foi de 5% ($\alpha = 0.05$). O programa utilizado nas análises foi o R versão 3.3.0.

Em relação aos dados qualitativos, as narrativas foram transcritas e os diários de campo organizados por dia de encontro e participante. Em seguida, empreendeu-se uma triangulação dos mesmos de modo a identificar convergências ou divergências em relação aos resultados quantitativos. Os principais pontos utilizados para análise no presente estudo foram, em relação: 1) ao apoio social: quais e como era a relação com os apoiadores, assim como em quais situações era solicitada ajuda; 2) aos Transtornos Mentais Comuns: sintomas físicos e emocionais da participante. Dessa forma, a análise buscou obter dois tipos de considerações, uma sobre as características que, quantitativamente estarão relacionadas à presença de Transtorno Mental Comum e outra sobre o universo de significados sobre o apoio social contextualizado a trajetória devida e plano corporal das participantes. Ambas as considerações foram trianguladas com os resultados quantitativos visando aprofundamento da discussão sobre a influência das características da rede de apoio na saúde mental de tais mulheres (LEECH; ONWUEGBUZIE, 2007).

3.6 Aspectos éticos

A investigação respeitou os princípios bioéticos postulados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos.

Esta pesquisa, como parte da pesquisa intitulada “Rede de apoio social e autoestima de mulheres” da Profa. Dra. Jacqueline de Souza (Processo CNPQ 405284/2012-8), já possuía aprovação no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Protocolo CAAE-0876012.2.00005393) (Anexo C) e o adendo referente ao presente estudo (Protocolo CAAE-51267015.0.0000.5393) também foi aprovado pelo referido comitê (Anexo D).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) foi lido antes do início da aplicação dos questionários e assinado em seguida por aqueles que aceitaram participar do estudo. Uma cópia assinada pelo pesquisador foi entregue a todos os participantes. No primeiro contato com os participantes, foram explicados os objetivos e a metodologia, a liberdade em participar ou não da pesquisa e o direito de retirar seu consentimento caso desejasse. Foi garantido sigilo e anonimato aos participantes.

O quadro 2 apresenta uma síntese da estrutura operacional para desenvolvimento da pesquisa.

Quadro 2 – Estrutura operacional do projeto de pesquisa

Objetivo Geral	Analisar a associação entre percepção de apoio social e prevalência de Transtorno Mental Comum entre mulheres atendidas em um serviço de atenção primária.			
Etapas	**Finalidade**	**Operacionalização**	**Instrumentos para coleta de dados**	**Análise**
Etapa Quantitativa	Descrever perfis sociodemográficos das participantes Identificar as fontes de apoio social e satisfação das participantes com o apoio social Identificar a presença de Transtorno Mental Comum	Aplicação de questionários	Questionário sociodemográfico SSQ SRQ-20	Estatística descritiva e análises bivariadas, testes de correlação, análise de regressão logística
Etapa Qualitativa	Detalhar as caraterísticas detalhadas da rede de apoio social das participantes contextualizadas quanto a sua trajetória de vida e percepção corporal.	Elaboração de *Body maps* Construção de narrativas e diários de campo	*Body maps* Narrativas das participantes Diário de Campo dos pesquisadores	Triangulação dos dados para complementação dos resultados quantitativos

Fonte: Elaborado pela própria autora.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

As participantes do estudo eram, em sua maioria, adultas jovens. A média de idade foi de 43,4 anos (dp=13,3; mediana=43). A maioria era casada, branca, católica, tinha aproximadamente dois filhos (dp=1,2; mediana=2), não exercia algum tipo de atividade remunerada e declarou renda familiar em torno de dois a cinco salários mínimos (tabela 1). Essa renda era compartilhada com, aproximadamente, três pessoas (dp=1,55; mediana=3) com as quais moravam. As características sociodemográficas das participantes podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes, n=141, Ribeirão Preto, 2017.

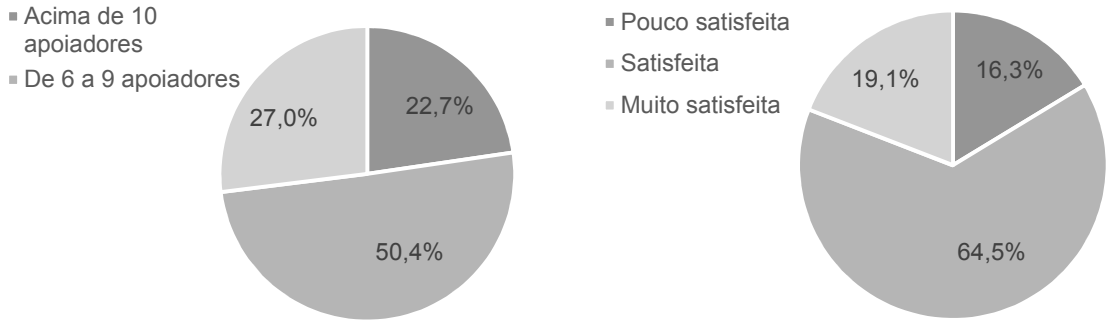
Característica sociodemográfica	n	%
Estado civil		
Solteiras	37	26,2
Casadas	88	62,4
Separadas, desquitadas, divorciadas ou viúvas	16	11,3
Cor		
Brancas ou amarelas	81	57,4
Pretas ou pardas	60	42,6
Religião		
Católicas	67	47,5
Evangélicas ou protestantes	44	31,2
Espíritas ou religião de matriz africana	21	14,9
Sem religião	9	6,4
Escolaridade		
Ensino fundamental completo ou incompleto	58	41,1
Ensino médio completo ou incompleto	59	41,8
Ensino superior completo ou incompleto	24	17,0
Renda mensal familiar (em R$)		
Até 880	17	12,1
881 a 1.760	52	36,9
1.761 a 4.400	53	37,6
Acima de 4.400	16	11,3
Não informado	3	2,1
Filhos		
Sim	113	80,1
Não	28	19,9
Exercício de atividade remunerada		
Sim	63	44,7
Não*	76	53,9
Não informado	2	1,4
Ocupação e Setores		
*Housekeepers*** e Alimentação	36	25,5
Comercial e Administrativa	29	20,6
Donas de casa	28	19,9
Beleza e Costura	10	7,1
Aposentadas	9	6,4
Saúde, Cuidadoras e Educação	8	5,7
Outras***	12	8,5
Não Declaradas	9	6,4

Notas:*Inclui desempregadas, aposentadas, donas de casa e afastadas por doença.
**Inclui ocupações como faxineiras, diaristas e empregadas domésticas.
***Inclui uma engenheira civil, uma musicista, duas escriturárias, uma contabilista, uma artesã, três estudantes e três funcionárias públicas.
Fonte: Elaborada pela própria autora a partir dos dados coletados.

4.2 Apoio social: aspectos descritivos

Em relação à percepção de apoio social, a maioria das mulheres estava satisfeita ou muito satisfeita com sua rede de apoio (média do escore de satisfação=5,46; mediana=5,7; dp=0,72). A maioria das mulheres possuía de 6 a 9 apoiadores. O número médio de apoiadores foi de 7,7 (mediana=7; dp=3,67) (gráfico 1).

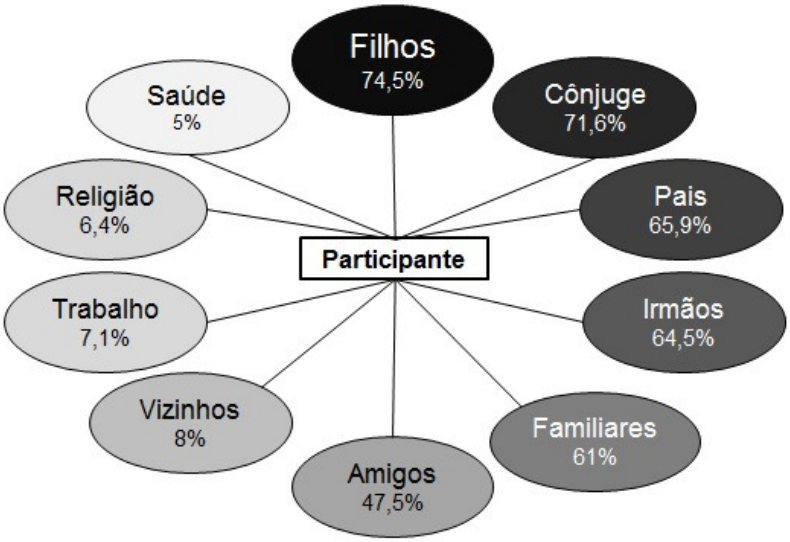
Gráfico 1 – Percentual de participantes de acordo com número de apoiadores e satisfação mencionados



Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da análise descritiva dos dados.

Sobre a composição da rede de apoio das participantes, a maioria mencionou tanto nos questionários, quanto nas narrativas, filhos, cônjuge e pais, respectivamente. Outros componentes apontados, assim como a porcentagem de participantes que os mencionaram, podem ser observados na figura 4.

Figura 4 – Esquema dos componentes da rede de apoio das participantes do estudo, n=141



Fonte: Elaborada pela própria autora a partir da análise descritiva dos dados.

Foram considerados como outros familiares: tios, primos, sobrinhos, avós, sogros, cunhados, padrinhos e afilhados. “Trabalho” refere-se a colegas de trabalho, assim como chefes e ex-chefes. Já a “Religião” incluiu padres, pastores e grupos de oração.

A ênfase no grupo familiar também foi identificada nas narrativas e mapas corporais. As mulheres mencionaram especialmente filhos e cônjuges, mas também outros apoiadores como religião, amigos e profissionais de saúde. Esses apoiadores foram representados nos mapas corporais com fotografias oriundas de recortes de revistas e desenhos como flores e pessoas (figuras 5 e 6).

Figura 5 – Fragmentos dos mapas corporais, a participante S - figura à esquerda - utilizou recorte de revista de um casal para representar o cônjuge como apoiador; a participante D – figura à direita - também utilizou recorte de revista para representar o pai e as amigas como apoadores.

Fonte: Mapas corporais elaborados pelas participantes na etapa qualitativa da pesquisa.

Figura 6 – Fragmentos dos mapas corporais, a participante Y - figura à esquerda - escreveu "Núcleo da Família VI", representando os profissionais de saúde como apoiadores; a participante O - figura à direita - desenhou flores representando os filhos como apoiadores.

Fonte: Mapas corporais elaborados pelas participantes na etapa qualitativa da pesquisa.

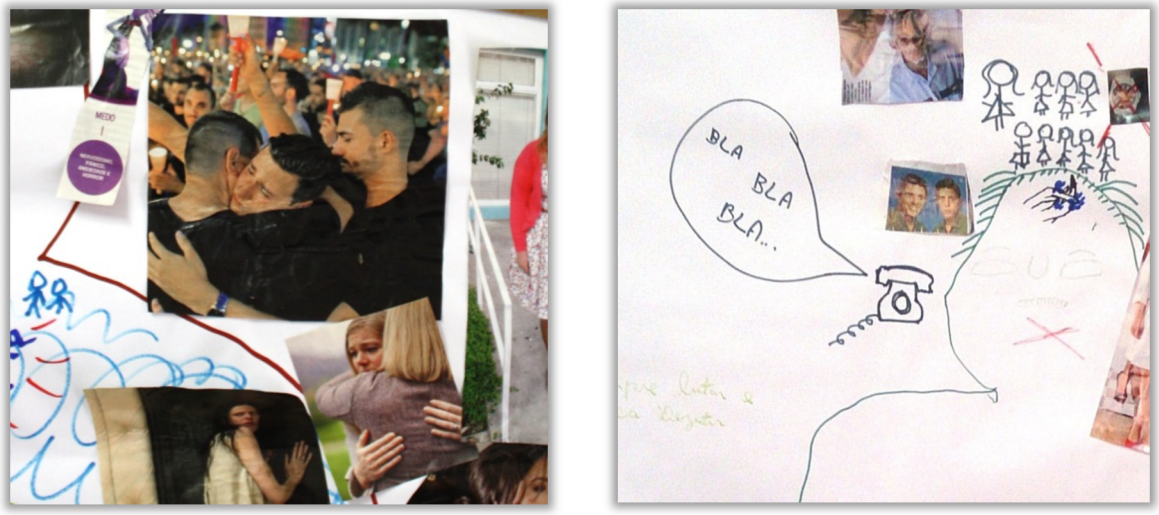
Segundo as participantes esses apoiadores eram acessados em situações nas quais essas mulheres precisavam de ajuda no cuidado dos filhos, problemas de saúde, dificuldades financeiras ou para buscar conselhos, relaxar e conversar conforme ilustrado nos trechos abaixo:

> [...] o que mais me ajuda relaxar é me reunir com os amigos, a família (participante N).
>
> Meu namorado, na parte financeira ele tem me ajudado muito (participante A).

> Minha mãe, que, às vezes, eu desabafo, falo com ela, ela fala comigo (participante D).
>
> Minha mãe. Sempre, sempre que eu tenho algum problema, eu ligo pra ela e desabafo com ela e ela me aconselha (participante K).
>
> Procuro primeiro minha mãe. Aí ela começa a perguntar "Você tomou o remédio? Fica deitada aqui um pouco" (participante V).
>
> Eu tive que morar duas vezes com os meus pais, por conta que nós não tínhamos como pagar o aluguel (participante E).

As situações nas quais as participantes acessavam seus apoiadores também foram ilustradas nos mapas corporais nos quais as participantes utilizaram recortes de fotografias de revista de pessoas se abraçando e expressões que sinalizavam conversações, conforme pode ser observado nas figuras abaixo:

Figura 7 – Fragmentos de mapas corporais, a participante Y - figura à esquerda - utilizou recortes de revista com pessoas se abraçando para representar que procurava ajuda dos apoiadores para desabafar; a participante D - figura à direita - desenhou falas ao telefone representando que procurava os apoiadores para conversar.

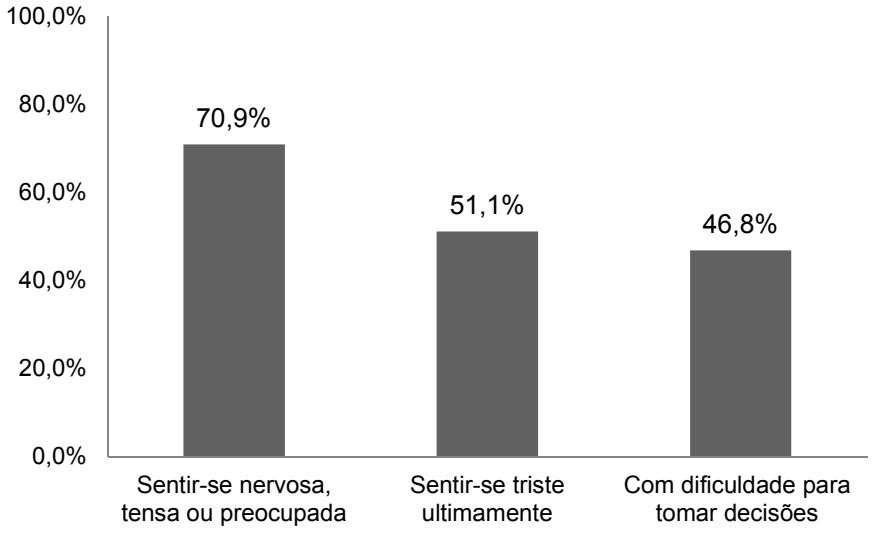


Fonte: Mapas corporais elaborados pelas participantes na etapa qualitativa da pesquisa.

4.3 Transtorno Mental Comum: aspectos descritivos

Os sintomas mais frequentes referidos pelas participantes foram: sentir-se nervosa, tensa ou preocupada; sentir-se triste nos últimos tempos; e ter dificuldade para tomar decisões (gráfico 2).

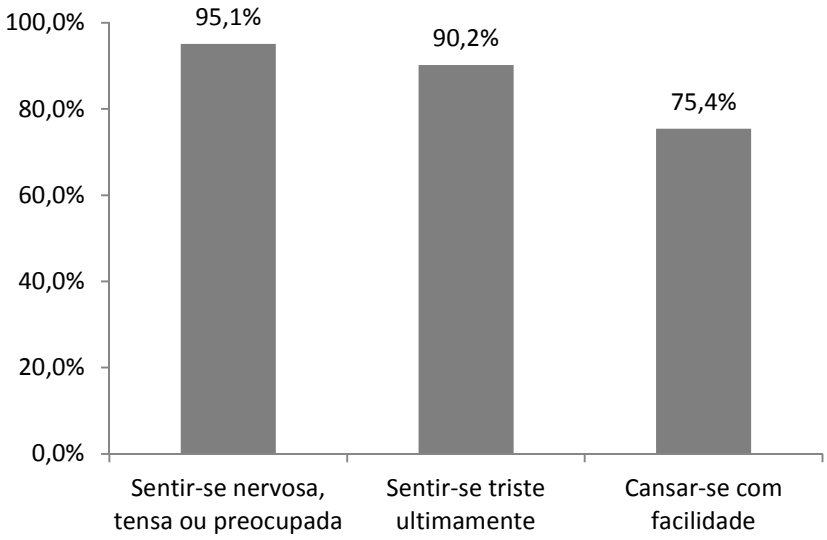
Gráfico 2 – Sintomas mais prevalentes encontrados na aplicação do SRQ-20 nas participantes em geral



Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da análise descritiva dos dados.

Quanto aos Transtornos Mentais Comuns, identificou-se a prevalência de 43,4% entre as participantes do estudo. Os principais sintomas mencionados pelas participantes positivas para TMC (61) foram: sentir-se nervosa tensa ou preocupada; sentir-se triste ultimamente; dificuldade de pensar com clareza; e cansar-se com facilidade (gráfico 3).

Gráfico 3 – Sintomas mais prevalentes encontrados na aplicação do SRQ-20 nas participantes positivas para TMC



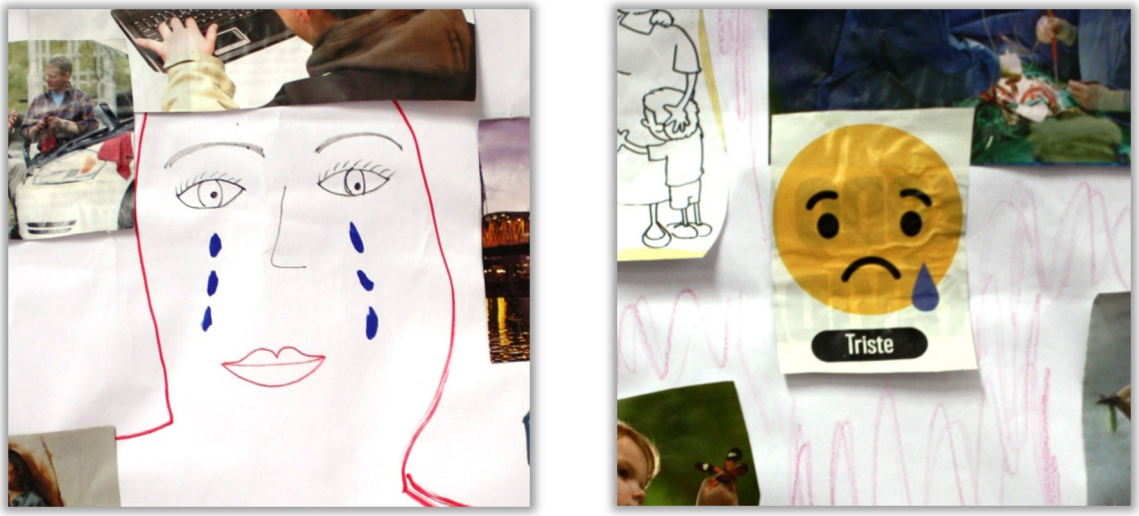
Fonte: Elaborado pela própria autora a partir da análise descritiva dos dados.

Sintomas físicos e tristeza também foram enfatizados na narrativa das participantes, conforme pode ser observado nos trechos abaixo:

> Hoje, estou com um monte problemas, um estresse do cão, uma dor de cabeça, uma dor nas costas que eu não aguento (participante H).
>
> Mas eu sentia também uma tristeza, que eu nunca deixei de ter essa tristeza. Na época era uma tristeza profunda mesmo. Mas eu não sabia explicar. [...] E considero até hoje que eu tenho essa tristeza. Mesmo nos momentos que eu estou feliz, eu lembro de uma coisa, sabe? Fico deprimida de uma hora pra outra (participante J).

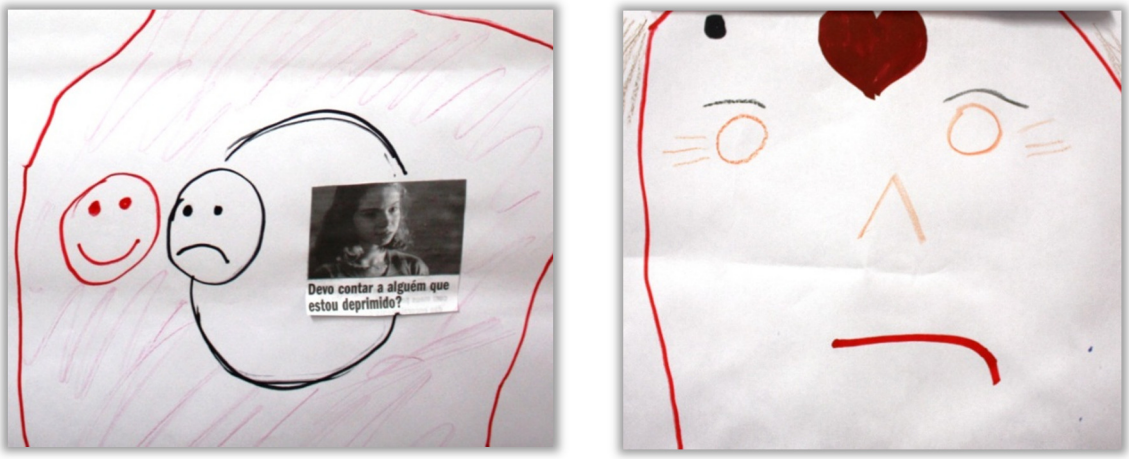
A tristeza foi um aspecto recorrente nas representações feitas pelas mulheres em seus mapas corporais, conforme ilustrado nas figuras 8 e 9.

Figura 8 – Fragmentos de mapas corporais, a participante S - figura à esquerda - desenhou lágrimas no rosto para representar como se sentia a maior parte do tempo; a participante F - figura à direita - utilizou um recorte de revista para representar sua tristeza.



Fonte: Mapas corporais elaborados pelas participantes na etapa qualitativa da pesquisa.

Figura 9 – Fragmentos de mapas corporais, a participante J - figura à esquerda - utilizou um recorte de revista com a frase "Devo contar a alguém que estou deprimido?" e desenhou um rosto alegre e outro triste; a participante P - figura à direita - desenhou seu próprio rosto triste para representar como se sentia a maior parte do tempo.



Fonte: Mapas corporais elaborados pelas participantes na etapa qualitativa da pesquisa.

O cansaço também foi um aspecto pontuado na narrativa de uma das participantes da etapa qualitativa, ela atribuiu isso às questões de trabalho, cuidados com os filhos e dificuldades financeiras:

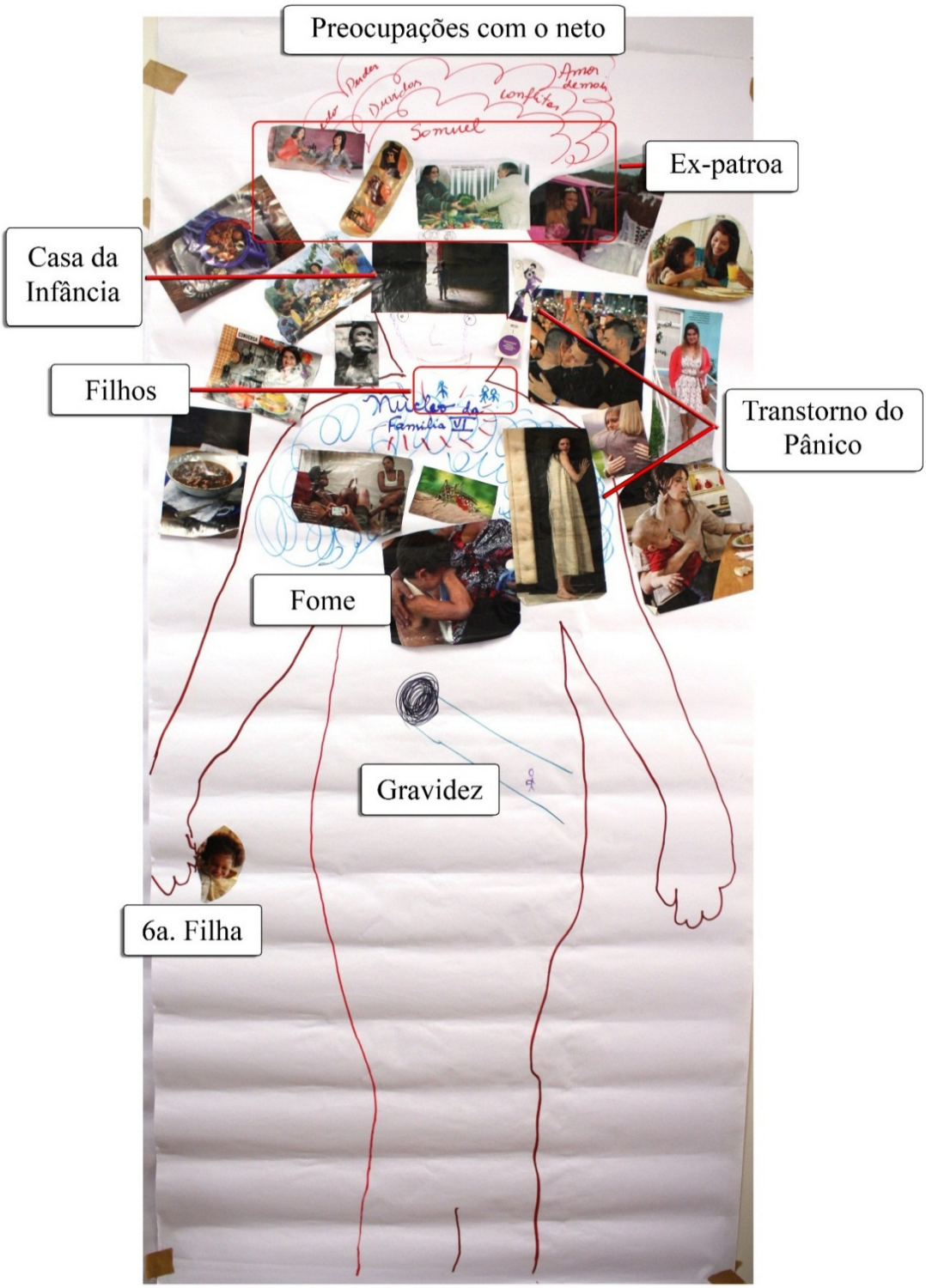
> Eu ando muito cansada, cansaço físico, cansaço mental isso eu tenho certeza, por causa de vários problemas: é troca de serviço, serviço novo, meus filhos pequenos, financeiro (participante Q).

Identificou-se que as participantes vivenciaram diversas situações de vulnerabilidade psicossocial.

A participante Y (mapa corporal na figura 10), 61 anos, mãe de cinco filhos, morava com sua mãe, uma filha e um neto que tratava como seu próprio filho. Este não sabia que era ela sua avó, segundo ela, pensava que de fato ela era sua mãe. A participante Y mencionou que temia perder a guarda do neto. No *body map*, uma nuvem vermelha com sentimentos e nomes acima da cabeça foi utilizada para representar a preocupação com o neto e desenhos de pessoas em seu peito simbolizando seus filhos (figura 10). Também referiu estar afastada de seu trabalho de cozinheira, devido ao diagnóstico de Transtorno do Pânico. Esse transtorno foi representado no mapa corporal com a figura de uma mulher de lado e mal vestida colada no peito e a figura de uma personagem de desenho infantil com a palavra "medo" próximo de sua cabeça (figura 10).

Referiu que se sentia angustiada de ficar longe dos colegas e da rotina do trabalho em si. Um dos eventos mais marcantes referidos por ela diz respeito a sua sexta filha, que há 30 anos deixara no hospital para adoção e com a qual não teve mais contato desde então. Esta filha foi representada no *body map* com a figura de uma menina em uma das mãos. A participante explicou que estava fora de seu peito e na sua mão, pois a havia "dado embora" (figura 10). Em vários momentos, durante o relato de sua história de vida, enfatizou o apoio proporcionado por uma ex-patroa, já falecida, dona de uma pensão na qual trabalhou durante 30 anos. Diversas figuras foram utilizadas pela participante para simbolizar os momentos com essa ex-patroa – figuras de comida, da menina com vestido de festa, da família em volta de uma mesa farta e os sapatos – todas figuras inseridas no mapa corporal acima de sua cabeça (figura 10). Relatava tristeza e angústia constante e que se sentia sozinha, pois, em sua casa, tinha o apoio apenas de sua mãe. Segundo a participante, suas filhas não lhe auxiliavam e não aceitavam seu diagnóstico de transtorno mental. Apesar disso, mencionou que os profissionais do Núcleo de Saúde da Família eram referência para o acolhimento de suas demandas de saúde.

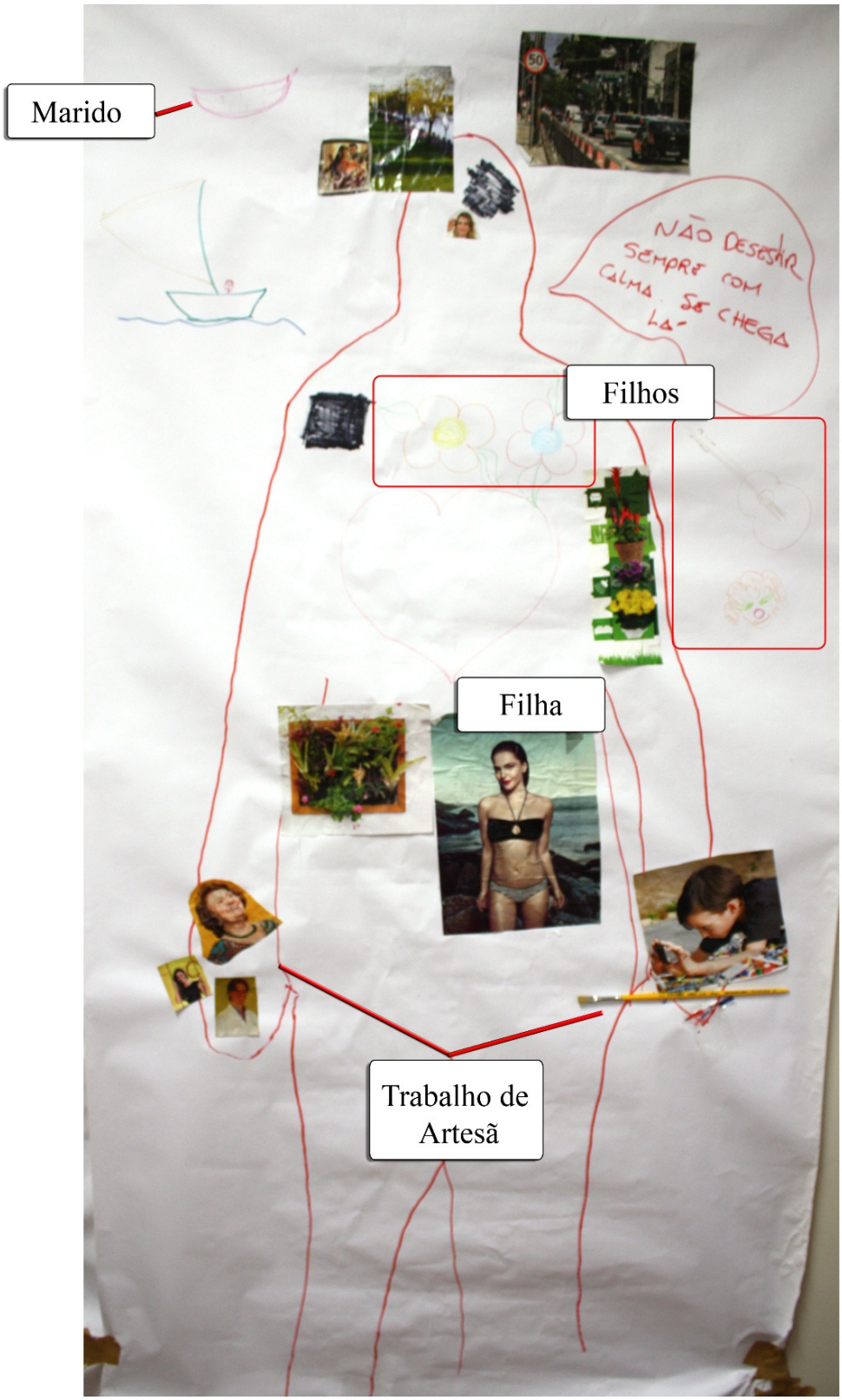
Figura 10 – Mapa corporal da participante Y



Fonte: Mapa corporal elaborado pela participante Y na etapa qualitativa do estudo.

A participante O (mapa corporal na figura 11), 53 anos, mãe de três filhos, morava com o companheiro, filha mais velha e o neto, tinha mais dois filhos que moravam em outras cidades. Sua principal queixa era quanto aos conflitos que tinha com sua filha mais velha, a qual a participante suspeitava ser usuária de drogas. Essa filha foi representada no *body map* com a figura recortada de uma modelo com biquíni colada na região do ventre, segundo ela o local da colagem também simbolizou sua gravidez conturbada quando esperava essa filha (figura 11). Referiu que tinha pouco contato com o pai de seus filhos e que seu companheiro era seu principal apoiador, inclusive no seu trabalho como artesã, do qual ele participava das vendas. Tal companheiro foi retratado com um sorriso, na parte superior do mapa corporal e todas as figuras coladas nas mãos, segundo a participante, referiam-se a seu trabalho como artesã (figura 11). Apontou que, mesmo seus dois filhos mais novos morando distantes, tinham um bom relacionamento com ela. Os dois filhos foram representados com flores e o desenho do palhaço e violão ao lado do corpo (figura 11). A participante autodenominou-se uma pessoa criativa e paciente, e que tais características beneficiavam seu trabalho de artesã.

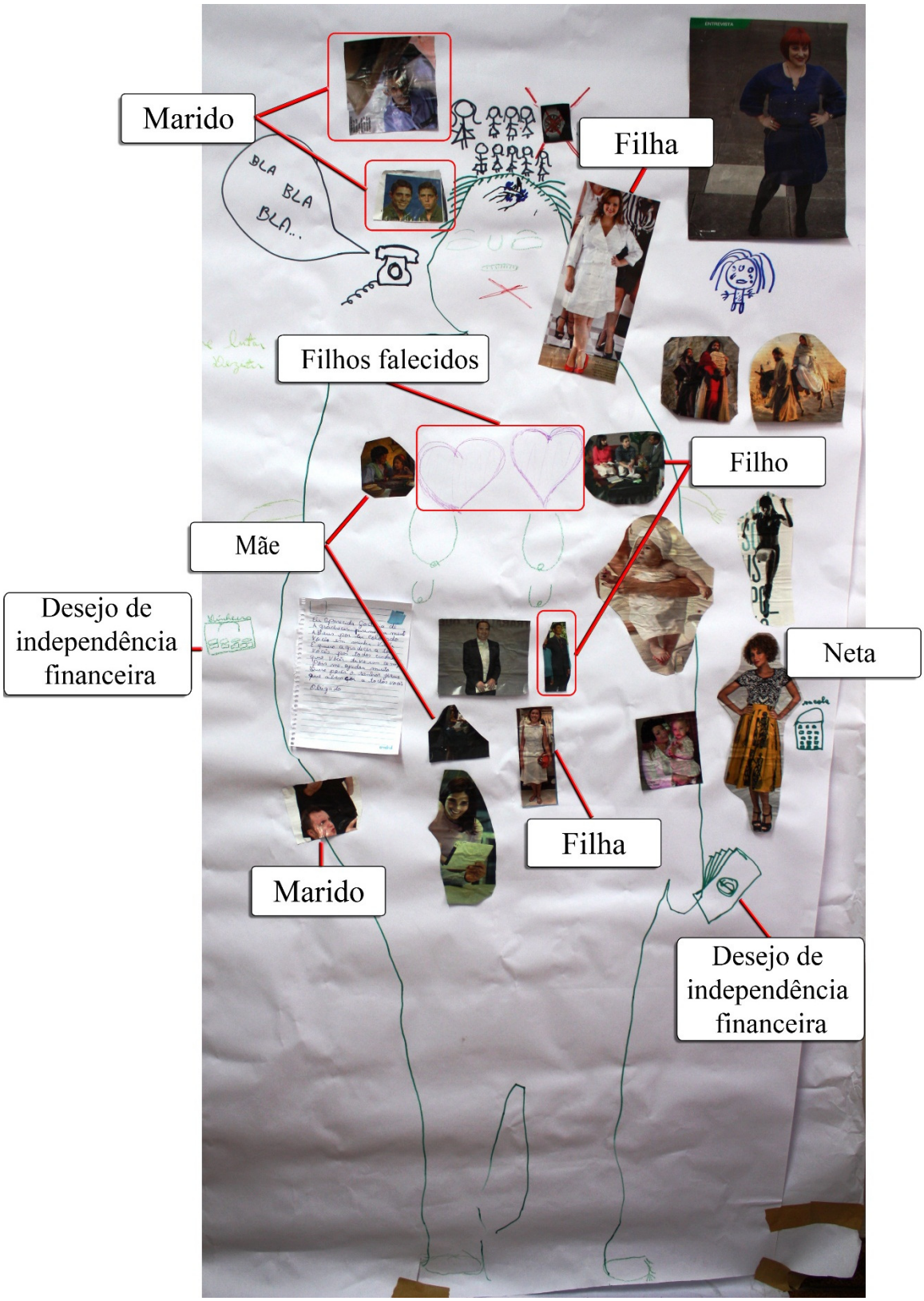
Figura 11 – Mapa corporal da participante O



Fonte: Mapa corporal elaborado pela participante O na etapa qualitativa do estudo.

A participante B, 62 anos, tinha dois filhos, morava com o marido. Sua principal queixa dizia respeito aos conflitos com o marido do qual já sofrera violências físicas e estava sofrendo abusos morais e psicológicos. A participante representou o marido e os conflitos com duas figuras recortadas: a primeira, ao lado da cabeça, com o mesmo homem sorrindo e uma expressão séria, e, a segunda, com o rosto de um homem irritado na sua mão, pois, segundo B, era de onde partiam as agressões físicas (figura 12). Sobre seus filhos referiu que uma era cabelereira e o outro pastor de uma igreja evangélica. A figura recortada de uma jovem de vestido branco próximo a sua cabeça e a de uma mulher, também de vestido branco, na região do ventre, representavam, segunda ela, sua filha cabelereira (figura 12). Os filhos e uma neta foram mencionados como seus principais apoiadores, inclusive para enfrentamento dos conflitos com o marido. Seu filho foi simbolizado próximo ao peito por uma figura colada de um jovem sentado com um casal e a de outro jovem colado na região do ventre; a neta foi representada como uma jovem de saia amarela (figura 12). A participante referiu que sua mãe é a pessoa de referência no tocante aos conselhos e escuta sobre os problemas com seu cônjuge. A mãe foi simbolizada no mapa corporal por duas figuras recortadas de senhoras idosas: uma colada no peito e a outra na região do ventre (figura 12). Durante os relatos, referiu que perdeu dois filhos, assassinados, e se emocionava muito toda vez que falava sobre o assunto, referindo o quanto isso ainda lhe trazia tristeza. Esses filhos foram apontados no *body map* como dois corações roxos (figura 12). Sobre seus desejos, mencionou que gostaria de ter independência financeira do marido e só gostaria de continuar com ele se mudasse seu jeito de ser. Simbolizou o desejo de independência financeira do marido com o desenho de dinheiro em uma das mãos e de um envelope escrito “dinheiro” ao lado de seu corpo (figura 12).

Figura 12 – Mapa corporal da participante B



Fonte: Mapa corporal elaborado pela participante B na etapa qualitativa do estudo.

4.4 Associação entre as variáveis TMC, apoio social e características sociodemográficas

As análises bivariadas entre dados sociodemográficos e TMC, revelaram que 51,3% das mulheres que referiram ter filhos, tiveram um escore indicativo de Transtorno Mental Comum (p=0,000). Esse resultado confirmou-se na análise de regressão logística cujo modelo final apontou que as mulheres que tinham filhos apresentavam cerca de sete vezes mais chances de ser positiva para TMC [OR = 7,2592 (IC 2,01-26,17), p=0,002].

De acordo com os resultados qualitativos, os filhos foram considerados tanto apoiadores quanto fontes de estresse. Os trechos abaixo ilustram situações nas quais as mulheres referiram percebê-los como apoiadores:

> A minha filha [...] é sempre alegre, eu sempre converso com ela sobre os problemas que eu tenho (participante B).
>
> Tenho minha filha de 18 anos que me ajuda muito (participante H).
>
> A segunda felicidade maior da vida que eu tenho são meus filhos, que eu representei com flores, com muitas flores. Meus filhos são a coisa mais importante que eu tenho. São os grandes amores da minha vida e me fortalecem muito, até hoje (participante O).

O estresse relacionado aos filhos é ilustrado nos trechos abaixo que destacam aspectos como preocupações cotidianas, pressão para suprir as necessidades dos filhos e ainda conflitos com os mesmos, conforme os trechos abaixo:

> Claro que a gente tem que pensar no amanhã, tem, a gente tem que se preocupar principalmente porque eu crio as meninas. Eu penso muito. A minha maior preocupação é elas, de suprir as necessidades delas (participante I).
>
> Meu filho estava doente. Estava com problema de pressão. Graças a Deus ele melhorou. Mas não está tomando o remédio. Eu não vou falar pra você que eu não estou preocupada, porque você fica (participante K).
>
> Minhas duas filhas ficam brigando comigo, dizendo: “Você tem que parar com esse negócio de tomar remédio, para com isso”. Gente como que eu vou parar de tomar remédio, por quê? Então, eu não tenho um pingo de apoio delas sobre esse negócio de remédio. Elas acham que eu não tenho nada (participante Y).

Sobre os outros aspectos sociodemográficos (cor, idade, religião, estado civil, escolaridade, renda, exercício de atividade remunerada e números de pessoas na casa) nenhum

apresentou associação com Transtorno Mental Comum, número de apoiadores ou satisfação com apoio recebido.

Quanto aos componentes da rede de apoio, ter amigos na rede foi associado significativamente a TMC, ou seja, 56,3% das mulheres que não foram positivas para TMC mencionaram amigos na rede de apoio (p=0,017), o que também foi mencionado nas narrativas, nas quais a interação com os amigos foi descrita como proporcionadora de bem-estar, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

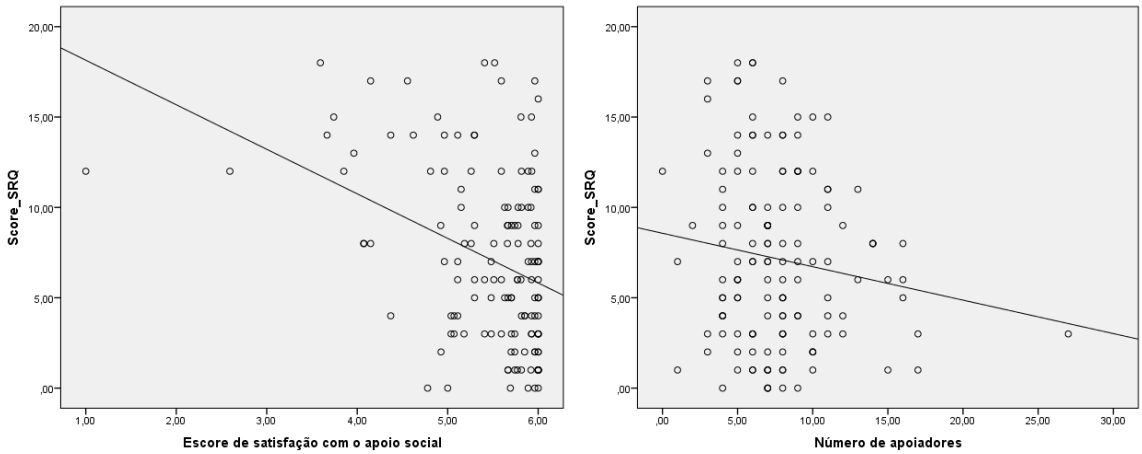
> Lá no clube, com minhas amigas eu me sinto bem com elas, lá eu gosto demais, dos bailes, das festas (participante D).
>
> Meus amigos todos reunidos, a gente batendo papo, jogando conversa fora. Igual ontem, estava todo mundo em casa, muito bom, assim limpa o estresse, limpa tudo, sabe? (participante C).

Quanto aos possíveis efeitos do apoio social nos diferentes sintomas que compõem o SRQ-20, foram empreendidos testes de associações entre os sintomas, a satisfação com o apoio recebido e o número de apoiadores.

O sintoma "dificuldades para tomar decisões" foi associado à satisfação com apoio social, isto é, 90,7% das mulheres que não apresentaram dificuldades para tomar decisões estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com apoio percebido (p=0,017).

Houve correlação negativa entre satisfação com o apoio recebido e escore do SRQ (-0,374; p=0,000) (gráfico 4). Resultado similar foi identificado na análise de regressão, na qual as mulheres que estavam pouco satisfeitas com apoio recebido apresentaram cerca de sete vezes mais chances de serem positivas para TMC [OR = 7,088 (IC 2,18-22,94), p=0,001]. A correlação entre o número de apoiadores e o escore do SRQ não foi significativa (-0,142; p=0,094).

Gráfico 4 – Correlação entre o escore de satisfação com o apoio social (SSQ_S), número de apoiadores (SSQ_N) e escore de Transtorno Mental Comum (SRQ-20)



Fonte: Elaborada pela própria autora, no programa SPSS® 11, a partir dos resultados do teste de correlação.
Nota: Teste de correlação de Pearson

Em síntese, os resultados confirmaram a hipótese de associação entre a percepção de apoio social e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres atendidas em um serviço de Atenção Primária, no entanto com ênfase no quesito "satisfação com o apoio".

Em relação ao perfil das participantes, as características mais marcantes foram mulheres adultas-jovens, mães, trabalhadoras, com baixa renda e escolaridade, com histórico de nervosismo e tristeza na maior parte do tempo. Algumas dessas mulheres mencionaram situações de vulnerabilidade psicossocial relacionadas à violência doméstica, dificuldades financeiras e conflitos com os filhos. De um modo geral, os filhos foram mencionados tanto como apoiadores quanto como fontes de estresse e ter filho foi associado a positividade para TMC.

As mulheres estudadas contavam com redes de apoio compostas por aproximadamente oito apoiadores, provenientes, principalmente, da família, círculo de amigos, profissionais da saúde e com os quais estavam, de uma forma geral, satisfeitas ou muito satisfeitas com o apoio recebido. A satisfação com o apoio foi identificada como fator de proteção contra TMC e menos da metade das mulheres obteve escore indicativo de TMC.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Em relação aos componentes da rede de apoio das participantes, os apoiadores mencionados pelas mulheres deste estudo foram principalmente filhos, cônjuges, pais, irmãos e familiares, sinalizando certa ligação da mulher com a família estendida e, segundo Nguyen et al. (2015), a proximidade com esse núcleo original pode trazer benefícios. Em seu estudo com mulheres puérperas vietnamitas, Nguyen et al. (2015) apontaram que a proximidade com a família estendida foi associada a melhores resultados de saúde mental, sobretudo pelo auxílio no cuidado das crianças. O mesmo resultado foi encontrado em estudo realizado com adolescentes grávidas, que apontou que o apoio familiar foi fator de proteção contra TMC (RODRIGUES; ALMEIDA; RAMOS, 2011).

Vale destacar que o Questionário de Suporte Social de Sarason é composto principalmente por perguntas que exploram o apoio emocional recebido: das 27 questões, 19 exploram aspectos emocionais como: sentir-se aceita; ter alguém pra alegrá-la, ouvi-la, entre outros (SARASON et al., 1983; MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002). Assim, é possível que a predominância de familiares na rede seja o reflexo da ênfase que a escala dá à questão emocional.

Vale a ressalva de que as relações familiares também podem não ser unilaterais no apoio, e a mulher, mesmo quando constitui outra família pode continuar exercendo papel apoiador frente à família de origem. Assim, isso pode gerar uma carga emocional devido às relações ambivalentes, comuns no cotidiano familiar (CUNHA et al., 2008), bem como à sobrecarga, configurando-se em possível efeito negativo do apoio social.

Os vizinhos também foram mencionados por algumas mulheres do presente estudo (8%). Segundo Das-Munchi et al. (2010), a presença de vizinhos, na rede de apoio percebida, pode ser benéfica à saúde mental, uma vez que a proximidade facilita o acesso à ajuda e sentir-se amparada dentro de uma vizinhança ou comunidade pode levar a uma sensação de pertencimento, configurando-se em fatores de proteção para transtornos mentais. Assim, fomentar a integração entre as pessoas que vivem na mesma comunidade pode ser uma estratégia de promoção da saúde a ser empreendida pelos profissionais da Atenção Primária. Atividades culturais, bem como a consolidação dos conselhos locais se destacam como possíveis atividades nesse sentido.

Algumas mulheres também mencionaram colegas e/ou pessoas do trabalho (7,1%). Esse percentual pode ser considerado baixo, no entanto, certamente está ligado ao número de

mulheres que não exerciam atividades remuneradas e que, portanto, não estavam em ambientes profissionais. Quanto as que estavam empregadas, o ambiente de trabalho pode levar a relações conflituosas entre colegas ou superiores, implicando em não os reconhecer como apoiadores (SILVA, 2015; HÄMMIG, 2017).

Os profissionais da saúde também foram pouco mencionados como fontes de apoio (5%). Considerando que todas as mulheres entrevistadas estavam cadastradas e eram acompanhadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, seria esperada maior prevalência de tais profissionais nas redes de apoio social, já que o bom vínculo com os pacientes é pressuposto para melhores resultados em saúde na abordagem da Atenção Primária (STARFIELD, 2002; MOLINER; LOPES, 2013; BEZERRA et al., 2014). Esse resultado corrobora com estudos prévios que sugerem a importância de incluir nessa discussão a questão do acesso, tendo em vista que, apenas a existência de um recurso passível de proporcionar assistência ou ajuda não garante necessariamente que o mesmo será percebido como apoiador pelo usuário (LIN; COOK; BURT, 2001; SOUZA et al., 2017). Isto é, destaca-se a importância de que tal recurso mostre-se acessível à população e isso implica em aspectos como o tipo de acolhimento oferecido, clareza sobre o que a instituição pode proporcionar ao usuário, resolutividade das demandas apresentadas e até mesmo a visibilidade sobre o seu papel que a própria instituição proporciona à comunidade (LIN; COOK; BURT, 2001; SOUZA et al., 2017).

A melhor construção de vínculos, seja com os profissionais de saúde ou outros, bem como a ampliação da rede, o aprimoramento da qualidade das relações interpessoais e do apoio social, seriam estratégias necessárias para proteção da saúde mental da população estudada.

Vale ressaltar que a grande maioria das mulheres, mesmo não positivas para TMC, apresentaram sintomas de sofrimento psíquico como nervosismo, tensão, preocupação, tristeza e dificuldade para tomar decisões. Esse resultado corrobora estudo prévio realizado com mulheres hipertensas atendidas na Atenção Primária que identificou que 76,7% sentiram-se nervosas, tensas e preocupadas nos últimos trinta dias (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Especificamente o sintoma tristeza foi mencionado por mais da metade das participantes do presente estudo. Embora só a tristeza não determine quadros psiquiátricos como a depressão, salienta-se que sintomas de Transtornos Mentais Comuns, se não devidamente cuidados, podem levar ao desenvolvimento de quadros psiquiátricos mais graves (GONÇALVES et al., 2014). Portanto, considerando que mulheres têm maiores risco de desenvolver depressão (GAVIRIA; ALARCÓN, 2010) e que as pessoas com problemas de saúde mental tendem a ter mais queixas somáticas e, por outro lado, pessoas com problemas de saúde de caráter físico são também

vulneráveis a ter sua saúde mental comprometida (FERNANDEZ et al., 2015; GRANDES et al., 2011; SERRANO-BLANCO et al., 2010), os cuidados em saúde deveriam ser construídos a partir de uma visão holística do ser humano e, portanto, as estratégias para melhorar o bem-estar deveriam contemplar o sujeito dentro um contexto social, subjetivo, físico e espiritual (MELLO FILHO, 1992).

Dessa forma, a remissão dos sintomas, seja físico ou psíquico, não acontece apenas pelo uso de medicamentos, mas sim, é fundamental que os profissionais dos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária, não desconsiderem sinais como tristeza ou desânimos prolongados e ofereçam uma escuta qualificada e cuidados a tais queixas, os quais, em geral, acabam sendo negligenciados frente a outras demandas de saúde.

Destaca-se que entre as mulheres positivas para TMC, cansar-se com facilidade foi um sintoma que teve alta prevalência. De acordo com Jani (2010) e Patel et al. (2006), a carga de atividades atribuídas à mulher no contexto contemporâneo, que geralmente se divide entre atividades profissionais e domésticas, pode contribuir para o aumento do cansaço entre elas. Entretanto, não houve associação entre esse sintoma e o exercício de atividade remunerada, sugerindo que tal cansaço não está, necessariamente, relacionado ao trabalho formal.

Em relação a prevalência de TMC, identificou-se que, no presente estudo, 43,3% das mulheres foram positivas para TMC. Essa prevalência, embora com valor próximo, foi menor que a verificada em estudos prévios realizados com mulheres em serviços brasileiros de atenção primária.

Um estudo realizado em Unidade Básica de Saúde do interior paulista identificou a prevalência de 52,1% (GOMES; MIASSO; MIGUEL, 2013). Já outra pesquisa em serviço da ESF no Rio de Janeiro, a prevalência foi de 60,5% (FORTES et al., 2011) e outro com hipertensas atendidas em uma UBS de São Paulo, de 62,8% (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016). Apenas um estudo nos serviços de Atenção Primária na cidade de São Paulo, com mulheres em acompanhamento pós-parto, apresentou menor prevalência (27,9%) que o presente estudo (ALEXANDRE, 2010). Outro estudo, realizado na Espanha, identificou que entre as mulheres a prevalência de TMC foi 53,6% (SALINERO-FORT et al., 2014b). Em contrapartida, a prevalência identificada no presente estudo foi maior do que a descrita por um estudo realizado na Etiópia que identificou que, entre as mulheres no período pós-parto, a prevalência de TMC foi de 33% (BAUMGARTNER et al., 2016).

Entende-se que essas diferenças de prevalências entre os estudos podem se dar por inúmeros fatores, como as características específicas das populações estudadas, aspectos socioambientais e até mesmo o período e contexto de realização dos estudos. Destaca-se que

considerar as etapas do ciclo vital como gravidez, puerpério, menopausa, etc., bem como especificar as condições de saúde, como diabetes e hipertensão pode ser importante em estudos futuros, pois isso certamente possibilitaria o aprofundamento das análises sobre a diferença de prevalência de TMC entre as mulheres atendidas na Atenção Primária à saúde.

Além da menor prevalência de TMC, as participantes do presente estudo apresentaram outras características promissoras, como o alto número médio de apoiadores e a alta satisfação com apoio recebido, diferente de estudos prévios (CROSIER; BUTTERWORTH; RODGERS, 2007; RODRIGUES; ALMEIDA; RAMOS, 2011; ROBAINA et al., 2015; BAUMGARTNER et al., 2016; NATAMBA et al., 2016; SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016)

Entre estudos internacionais, baixo apoio social foi um resultado encontrado entre mães solteiras da Austrália (CROSIER; BUTTERWORTH; RODGERS, 2007), mulheres grávidas na Uganda (NATAMBA et al., 2016), mulheres em pós-parto na Etiópia (BAUMGARTNER et al., 2016). No Brasil, tal resultado é descrito em estudos com hipertensas (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016), grávidas adolescentes (RODRIGUES; ALMEIDA; RAMOS, 2011), mulheres que sofreram abusos por parceiros íntimos (LUDERMIR et al., 2008) e mulheres no período da menopausa (ROBAINA et al., 2015). O fato do presente estudo não corroborar os resultados desses estudos prévios pode sinalizar que a condição de saúde e algumas etapas do ciclo vital, conforme descrito anteriormente, sejam fatores importantes a serem considerados também na análise da percepção do apoio social nessa população.

Uma das hipóteses iniciais do presente estudo era que o apoio social exerceria um fator de proteção ao TMC. Estudos prévios identificaram esse desfecho entre mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (FAISAL-CURY et al., 2013), mulheres em puerpério (BAUMGARTNER et al., 2016), mulheres grávidas (NATAMBA et al., 2016), mães solteiras (CROSIER; BUTTERWORTH; RODGERS, 2007), mães de criança entre 5 e 14 anos (SANTOS et al., 2015) e grávidas adolescentes (RODRIGUES; ALMEIDA; RAMOS, 2011). Ou seja, nesses contextos pesquisados, o apoio social atuou como um fator protetivo à saúde mental das mulheres, independente da especificidade da população.

Os resultados do presente estudo corroboram tais achados e, cabe ressaltar que, diferente dos estudos prévios, foram analisados dois aspectos do apoio social: número de apoiadores e satisfação com apoio recebido, identificando-se correlação negativa para ambos, mas significância estatística apenas para satisfação com o apoio. Esse resultado sugere considerar que a qualidade do apoio recebido é tão importante quanto as demais características da rede de apoio, sobretudo nos estudos que têm como objeto questões psicossomáticas.

Sarason et al. (1987) discute que, em relação à percepção de apoio social, a avaliação da disponibilidade do apoio é tão importante quanto a identificação dos apoiadores, uma vez que o apoio social possui múltiplas dimensões que contribuem para a diferença de percepções entre os indivíduos.

Antonucci (1985) aponta a satisfação com o apoio percebido como um fator qualitativo do apoio social, ou, de forma resumida, um "apoio qualitativo", isso é um componente completamente subjetivo e difícil de ser avaliado, mas necessário quando se investiga o apoio social (ANTONUCCI, 1985). Além disso, a satisfação com apoio, segundo Sarason et al. (1983), é influenciada não apenas por fatores externos como a extensão e número de apoiadores, mas também por questões internas como aspectos da personalidade, autoestima e a sensação de controle do ambiente.

A alta satisfação com apoio recebido também foi encontrada em um estudo com mães portuguesas (NUNES et al., 2013) e outro com chinesas sobreviventes do câncer de mama (CHENG et al., 2013). Dessa forma, partindo do entendimento de que a compreensão de como se opera a relação entre TMC e apoio social para as mulheres vai além de explorar aspectos estruturais deste, buscou-se no presente estudo tanto considerar o componente "satisfação" com o apoio quanto incluir outros aspectos subjetivos viabilizados pelas estratégias de coleta de dados qualitativos. Entende-se que este desenho de estudo auxiliou na compreensão das dinâmicas de relacionamento geradoras ou atenuadoras de cargas emocionais, atendendo a uma preconização de Fonagy (2010) que ressalta que as relações apresentam sentimentos ambíguos que podem originar ansiedades e, portanto, sintomas de sofrimento psíquico. Identificou-se que o uso do *mixed-method* auxiliou nisso e recomenda-se seu uso em estudos futuros e o conhecimento da trajetória de vida das mulheres para o planejamento dos cuidados psicossociais para essa população. Em relação à trajetória de vida, o mapa corporal pode ser um instrumento útil também em termos de intervenção, conforme apontado por Gastaldo et al. (2012) e Maina et al. (2014).

Em relação aos preditores de TMC entre as mulheres estudadas, vale discutir algumas características sociodemográficas, por exemplo, baixa renda e a cor negra que tem sido descritos como fatores de risco importante para TMC em estudos prévios (CROSIER; BUTTERWORTH; RODGERS, 2007; CUNHA et al., 2008; CALVALCANTE NETO; MIRANDA, 2013; GONÇALVES et al., 2014; SALINERO-FORT et al., 2014a). No presente estudo não houve associação estatisticamente significante entre essas variáveis e TMC. No entanto, entende-se que o fato de a maioria das mulheres do presente estudo ser de cor branca e ter renda superior a dois salários mínimos pode, de alguma forma, estar interferindo na baixa

prevalência de TMC identificada nessa população. Ou seja, algumas das características da amostra estudada (brancas, casadas, com renda familiar entre dois e cinco salários mínimos) não correspondem às características das mulheres brasileiras de uma forma geral que é de maioria negra – 51,7% (BRASIL, 2015), solteiras – 52,53% (IBGE, 2010) e com famílias com renda menor que 2 salários mínimos – 80,74% (IBGE, 2017a) e isso pode sinalizar que tal amostra foi composta por mulheres menos vulneráveis do que a das pesquisas prévias. No entanto, não se tem a pretensão de generalizar esses resultados para a população brasileira, mas sim contribuir para a discussão sobre a saúde mental das mulheres atendidas na atenção primária à saúde.

Apesar disso, as participantes apresentaram baixa escolaridade e a maioria não exercia nenhum tipo de atividade remunerada – mesmo que a idade média de adultas jovens indique uma população economicamente ativa. Essas condições são consideradas também fatores de risco importantes para TMC (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; JENKINS et al., 2010; FORTES et al., 2011; FAISAL-CURY et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014). Entretanto, nesta pesquisa, não houve associação entre escolaridade ou exercício de atividade remunerada e TMC, sugerindo que outros fatores podem estar mediando a relação, logo são necessários estudos adicionais que incluam mulheres com características mais heterogêneas que possibilitem o aprofundamento dessa análise.

Outra característica sociodemográfica de destaque, diz respeito ao estado civil, uma vez que Crosier, Butterworth, Rodgers (2007) apontam que ter parceiro íntimo, desde que este se configure como apoiador, é um fator de proteção para a saúde mental. Esses autores desenvolveram um estudo na Austrália no qual houve o dobro de mulheres solteiras com problemas de saúde mental comparadas a mulheres com parceiros. Entretanto, no presente estudo, não houve relação estatisticamente significante entre estado civil e positividade para TMC.

Tal resultado sugere que provavelmente diferenças culturais implicam nesse desfecho, embora esse estudo Australiano tenha considerado a saúde mental de uma forma geral e não necessariamente o desfecho TMC. Em alguns estudos brasileiros desenvolvidos com a população em geral (homens e mulheres) na Atenção Primária também não houve associação entre essas variáveis (GOMES; MIASSO; MIGUEL, 2013; GONÇALVES et al., 2014), no entanto, no estudo de Fortes et al. (2011), realizado com a população em geral da atenção primária, identificou-se que ter parceiro ou parceira foi um fator de risco para TMC.

Diante de tais resultados contraditórios, entende-se que é importante considerar um possível efeito confundidor do gênero nas investigações futuras, uma vez que alguns estudos

descrevem que a presença do parceiro íntimo na rede de apoio por si só não é determinante de boa saúde mental (LUDERMIR et al., 2008; ALEXANDRE, 2010; FAISAL-CURY et al., 2013; NGUYEN et al., 2015). Por exemplo, mulheres que vivem relacionamentos abusivos podem apresentar sentimentos ambivalentes em relação ao parceiro, ora sentindo-se amparada por esse, ora ameaçada (LUDERMIR et al., 2008; FAISAL-CURY et al., 2013). Além disso, diferentes tipos de violência, inclusive a psicológica, cometidos pelos cônjuges, têm efeitos severamente negativos para a saúde mental (LUDERMIR et al., 2008; ALEXANDRE, 2010; FAISAL-CURY et al., 2013).

Portanto, além de verificar se a mulher possui ou não um parceiro íntimo, é necessário entender como é a relação do casal, bem como os sentimentos e atitudes ambivalentes que podem gerar sobrecarga emocional. Dessa forma, recomenda-se que estudos posteriores adotem também uma abordagem mais subjetiva para explorar as dinâmicas de convívio e vínculo do casal.

No presente estudo, a religião também não foi associada com TMC, diferindo de um estudo prévio realizado com estudantes de medicina que apontou que os estudantes da religião espírita foram mais suscetíveis à positividade para TMC (FIOROTTI et al., 2010). Com base nessa contradição de resultados, entende-se que não é a simples menção a uma crença que pode interferir na saúde mental, mas sim a participação efetiva em grupos e atividades religiosas (CORREA et al., 2011; FORTES et al., 2011). Assim, mesmo que 93,4% das mulheres entrevistadas tenham afirmado seguir alguma religião, apenas 6,4% mencionaram pessoas ou grupos ligados a esse contexto como apoiadores, o que pode indicar pouca integração social nas instituições religiosas referidas e explicar a não influência da religião em relação ao TMC.

Outro fator de risco para TMC descrito pela literatura é a idade (JENKINS et al., 2010; FORTES et al., 2011;). Uma pesquisa realizada em Petrópolis/RJ identificou associação entre ter menos de 45 anos e maior probabilidade de TMC na população em geral (FORTES et al., 2011) diferente do que foi encontrado na Tanzânia onde o fator de risco identificado foi ter mais de 30 anos (JENKINS et al., 2010). Outro estudo verificou que mães com menos de 24 anos também apresentaram maior risco de TMC (CROSIER; BUTTERWORTH; RODGERS, 2007). Entretanto, no presente estudo, a idade também não foi associada ao TMC, corroborando com outros estudos realizados em serviços de Atenção Primária desenvolvidos com a população em geral no interior de São Paulo (GOMES; MIASSO; MIGUEL, 2013) e em diferentes centros urbanos brasileiros (GONÇALVES et al., 2014). Dessa forma, entende-se que outros fatores, como os socioculturais, possam estar mediando tais sintomas.

A maioria das participantes apresentou um perfil ocupacional culturalmente atribuído ao gênero feminino: ser dona de casa e exercer trabalhos de cozinheira, faxineira, cabelereira, etc. Tais ocupações, usualmente, têm baixa remuneração, e, no caso das donas de casa, não há nenhuma renda. Além disso, estão ligadas a posições subalternas e pouco prestigiadas, o que é comum entre ocupações consideradas femininas (CAMPOS-SERNA et al., 2013). Campos-Serna et al. (2013), em um estudo de revisão, descreveram que menor saúde física e mental entre mulheres empregadas foi resultado de diferentes pesquisas. Embora no presente estudo a análise da relação entre TMC e ocupação não tenha sido testada, dado ao desenho de pesquisa e características da população, entende-se que os contextos de trabalho femininos também devem ser considerados quando analisados os fatores de risco para TMC.

Em relação aos filhos, embora tenham sido mencionados como os principais apoiadores tanto nas narrativas, quanto nos questionários, ter filhos foi identificado como um fator de risco significativo para positividade de TMC. Os mesmos achados foram identificados em pesquisas prévias (JANI, 2010; SCHOLZ et al., 2012; MAIER et al., 2015).

Um estudo realizado na Espanha com pessoas atendidas na Atenção Primária identificou que ter filhos aumentava a probabilidade do desenvolvimento de transtornos somatoformes (SALINERO-FORT et al., 2014b). Outra pesquisa realizada no Brasil apontou que, entre mães da região semiárida do Alagoas, houve alta taxa de prevalência de TMC (PAFFER et al., 2012). Tais resultados sugerem que as responsabilidades com os filhos, muitas vezes atribuídas apenas às mulheres, podem levar a uma sobrecarga de tarefas, contribuindo para altos níveis estresse e positividade para TMC (JANI, 2010).

Corroborando com essas asserções, um estudo realizado em Portugal com mães de filhos menores de 15 anos identificou que 53,3% delas apontaram filhos menores como apoiadores, mas 45% também apontaram conflitos com os mesmos (NUNES et al., 2013). Uma pesquisa com mulheres idosas na Irlanda apontou que apoio de filhos foi um fator protetivo contra sintomas depressivos, entretanto, quando havia tensão ou conflitos com esses, a associação invertia-se (SANTINI et al., 2016). Nas narrativas do presente estudo, mulheres tenderam mais a considerar os aspectos positivos da relação com seus filhos, embora as preocupações e necessidade de suprir as necessidades destes apareceram como estressores.

Um aspecto que merece consideração na discussão desse resultado é o chamado ‘efeito negativo do apoio social’ que diz respeito a uma duplicidade de papel exercida pelo apoiador, ou seja, o mesmo indivíduo ou instituição, mesmo sendo considerado um apoiador por um indivíduo, pode também se constituir numa fonte de estresse para ele devido ao caráter de ambiguidade que marca algumas relações interpessoais (JANI, 2010; SCHOLZ et al., 2012;

MAIER et al., 2015). Por exemplo, ter que contar com a ajuda de outras pessoas pode causar uma sensação de menor autoestima e/ou menor autoeficácia do apoiado (SCHOLZ et al., 2012) ou ainda uma pressão de corresponder com as expectativas do apoiadores. Logo, o efeito negativo do apoio social também deve ser considerado nos estudos futuros.

No presente estudo, as mulheres que tinham amigos na rede de apoio foram as que menos apresentaram TMC. Esse resultado corrobora estudo prévio realizado na Uganda, no qual a amizade foi identificada como protetora de saúde mental para mulheres no puerpério (BAUMGARTNER et al., 2016). Segundo Souza et al. (2016) uma rede cuja composição contém amigos pode sinalizar certa diversificação nas fontes de apoio social o que é uma condição benéfica à saúde mental. O apoio social de amigos também foi identificado como um fator de proteção contra a depressão em mulheres idosas irlandesas (SANTINI et al., 2016). Outro estudo apontou que interação social com amigos também foi importante para redução do estresse psicológico entre mulheres australianas adultas (FENG; ASTELL-BURT, 2016).

Assim, possíveis explicações para o efeito protetor dos amigos na amostra estudada são traçadas, considerando estudos prévios. Alguns autores (KYRIAKAKIS, 2014; MOLINA et al., 2015) descrevem que os amigos podem facilitar o acesso a informações e aos serviços de saúde e incentivar o autocuidado. Amigos também, em geral, oferecem suporte prático e/ou emocional mais efetivo diante de problemas de cunho familiar e/ou conjugal, pois não estão diretamente envolvidos na questão, contribuindo, inclusive, com informações e discussão com perspectivas diferentes (HASSON-OHAYON et al., 2015). Além disso, redes de apoio compostas por amigas foram descritas por Lee e Dik (2016) como facilitadoras de expressão emocional e aptas a proporcionar conversas sobre humor e sentimentos (LEE; DIK, 2016).

O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre a percepção de apoio social e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre mulheres atendidas em um serviço de Atenção Primária. Além disso, identificar fatores de risco e proteção para o TMC na amostra estudada. Em síntese, verificou-se que os filhos são importantes apoiadores, no entanto, configuram-se como fator de risco para TMC entre as mulheres estudadas. Além disso, a satisfação com o apoio social exerceu, de fato, efeito protetivo para TMC, conforme previsto no modelo conceitual do presente estudo. Assim, partindo da abordagem psicossomática, algumas recomendações de estudiosos desse campo são pertinentes também para a população estudada.

Tendo em vista a importância dos filhos em relação ao TMC e à rede de apoio social, estudos e ações de cuidado voltados a à saúde mental das mulheres devem considerar as dinâmicas relacionais com os filhos e atentarem às cargas geradas pelo papel de mãe.

Spencer (2016) recomenda que profissionais de saúde auxiliem um paciente a buscar e ativar recursos em sua rede de apoio social, com figuras chaves como familiares, amigos, os próprios profissionais de saúde entre outros, afinal, o sujeito com tais sintomas, geralmente está em condições vulneráveis e a rede de apoio pode auxiliar em estratégias para a retomada da autoconfiança e autocontrole.

O aprimoramento da autoconfiança, autocontrole e autoeficácia, tem sido apontado como objetivo de estratégias de cuidado focadas em pessoas com transtornos somatoformes, ansiedade e depressão (ZIMMERMANN et al., 2016). Uma pesquisa realizada na Alemanha, em serviços de Atenção Primária, desenvolveu uma estratégia de intervenção liderada por enfermeiros voltada para pacientes com tais sintomas. Tal estratégia consistia em sessões com o paciente que tinham como objetivo final o aumento da autoeficácia percebida. Para tanto, enfermeiros realizavam, em média, quatro sessões individuais com os pacientes, de uma hora cada, nas quais foram estabelecidos objetivos conjuntos. Para atingirem tais metas, foram utilizadas técnicas de modificação do comportamento (construção de agenda de atividades diárias, desenvolvimento de habilidades para resolução de problemas, auxílio na reinserção do indivíduo na rede social e atividades comunitárias); técnicas de relaxamento para auto regulação do estresse; auxílio para encontrar tratamento adequado ou encaminhamento para serviços especializados. A autoeficácia percebida aumentou significativamente em pacientes que receberam a intervenção, comparados aos que receberam cuidados tradicionais no grupo controle (ZIMMERMANN et al., 2016).

Intervenções que envolvam o estabelecimento de objetivos amplos, mas com pequenas metas para que o sujeito retome o controle sobre si e sua vida, levantando potencialidades e limites, também são recomendadas por Spencer (2016). Além disso, o mesmo autor defende que o profissional que cuida do paciente com sintomas psicossomáticos deve estabelecer uma relação de confiança com esse por meio de uma posição compreensiva e não atribuindo a culpa dos sintomas ao paciente ou apenas aos fatores externos.

Assim, entende-se que tais recomendações podem ser úteis para os profissionais da Atenção Primária que lidam cotidianamente com esse público e, com intervenções que estão no escopo das habilidades dos profissionais generalistas, podem auxiliar mais efetivamente na ampliação do apoio social e na redução do sofrimento que culmina nos sintomas psicossomáticos.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A hipótese do presente estudo era que as mulheres que percebem menor número de apoiadores e menos satisfação com apoio social seriam mais suscetíveis à positividade para TMC. A hipótese foi parcialmente confirmada, isto é, as mulheres que estavam menos satisfeitas com o apoio social foram mais suscetíveis à positividade para TMC, mas o número de apoiadores não foi associado a esse desfecho.

No tocante ao perfil das participantes, ter filhos foi considerado um fator de risco para TMC e a preocupação com as necessidades dos filhos foi um tema recorrente nas narrativas e mapas corporais produzidos. Por outro lado, esses filhos foram também os apoiadores mais mencionados pelas participantes, seguidos por cônjuges, pais e irmãos, respectivamente.

Identificou-se que os motivos para recorrerem às suas fontes de apoio social foram, principalmente o cuidado com os filhos e com a saúde, as dificuldades financeiras, busca de conselhos, necessidade de conversar e desabafar para diminuir o estresse.

A prevalência de TMC na amostra estudada foi de 43,4% e os sintomas mais frequentes de Transtorno Mental Comum nas participantes, em geral, foram: sentir-se nervosa tensa ou preocupada; sentir-se triste nos últimos tempos; e ter dificuldade para tomar decisões. Já o cansar-se com facilidade foi o terceiro sintoma mais frequente entre as mulheres com indicativo de Transtorno Mental Comum. Tristeza, nervosismo e sintomas físicos associados também foram pontuados pelas participantes em suas narrativas e representados em seus mapas corporais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ressalta que a satisfação com o apoio social é um aspecto que deve ser considerado no planejamento das intervenções relacionadas à promoção da saúde mental. Entende-se que melhorar a satisfação com apoio social de mulheres implica em promover cuidados que contemplem o âmbito subjetivo das mesmas de modo que se sintam mais conectadas e amparadas pelos apoiadores formais e informais disponíveis em seu entorno social e no território que vivem. Ou ainda, reestruturar suas redes de apoio de modo a contemplar outros apoiadores que suscitem menos efeitos negativos. Logo, falar de satisfação pode implicar também em reflexões sobre a composição e número de apoiadores dentro dessa rede.

Em relação às implicações para a prática, entende-se que uma ação possível seria a criação e/ou o fortalecimento dos vínculos com os profissionais de saúde – que foram mencionados como apoiadores apenas por uma minoria de mulheres. Algumas atitudes, que não extrapolam o escopo das habilidades dos profissionais generalistas, consistem em proporcionar uma escuta que transcenda os aspectos tradicionalmente considerados clínicos (aqueles relacionados aos sintomas físicos), o esclarecimento sobre quais tipos de cuidado são oferecidos pelo serviço à comunidade, principalmente os do campo da saúde mental e inclusão das mesmas na elaboração dos Projetos Terapêuticos individuais.

O bom estabelecimento de vínculo entre os profissionais de Atenção Primária certamente contribuiria para "ventilar" e adquirir novas estratégias para a resolução dos possíveis conflitos da relação mãe-filhos, um aspecto fortemente relacionado a TMC na população estudada. Oferecer escuta e apoio às diferentes necessidades e angústias maternas nos diferentes ciclos de vida consiste em uma estratégia importante para a promoção da saúde mental de mulheres e entende-se que o *setting* da Atenção Primária pode ser o mais pertinente para tal abordagem. Outra possibilidade seria o oferecimento de rodas de conversas entre mulheres e mães, de modo a proporcionar a troca de experiências entre pares e pessoas na mesma situação.

Promover ações para melhorar o manejo do estresse gerado, conforme apresentado na discussão, tem sido recomendado por estudiosos da área, e também pode ser uma estratégia relevante, embora se considere que os sentimentos negativos oriundos das responsabilidades das mães, bem como questões relacionadas ao conflito com seus cônjuges (aspecto identificado nos dados qualitativos) são questões complexas que permeiam o cotidiano dessas mulheres e deveriam ser discutidos em fóruns mais amplos, incluindo outros setores sociais para

problematizar tais questões fortemente relacionadas à discriminação de gênero na atribuição dos papeis de cuidado das famílias e às condições de submissão a esses imperativos sociais.

Além dessas contribuições em termos de recomendações para a promoção da saúde mental de mulheres, o presente estudo destaca-se pelo uso do questionário SSQ que avalia dois aspectos do apoio social, número de apoiadores e satisfação com apoio. Isso possibilitou identificar que existe um componente específico do apoio social fortemente correlacionado ao TMC. Além disso, a utilização do *mixed-method* possibilitou uma análise que incluiu também aspectos subjetivos que transcenderam os investigados pelas escalas psicométricas e contribuíram para um melhor aprofundamento da discussão entre apoio social e Transtorno Mental Comum.

Algumas limitações do presente estudo são a amostra de conveniência que foi elencada devido às condições de coleta e ao alto número de recusas para participação no estudo. Além disso, o preenchimento com papel e caneta dos questionários pelo pesquisador levou à perda de alguns dados por erros de grafia.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[2]

ALEXANDRE, F. C. Common mental disorders: prevalence and association with domestic violence. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, Abingdon, v. 31, p. 23, 2010.

ANTONUCCI, T. C. Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues. In: SARASON, I. G.; SARASON, B. R. (Ed.). **Social support theory, research and applications**. Dordrecht: Matirnus Nijhoff Publishers, 1985. p. 21-31.

ARO, H.; HÄNNINEN, V.; PARONEN, O. Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14–16-year-old adolescents. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 29, n. 9, p. 1051–1056, jan. 1989.

BAUMGARTNER, J. N. et al. Correlates of postpartum common mental disorders: results from a population-based study in Amhara region, Ethiopia. **Archives of women's mental health**, Wien, v. 19, n. 5, p. 937–942, out. 2016.

BEZERRA, I. C. et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Relatório anual socioeconômico da mulher**. Brasília: Secretaria de políticas para mulheres, 2015.

CAMPOS-SERNA, J. et al. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. **International journal for equity in health**, Londres, v. 12, p. 57, 5 ago. 2013.

CAVALCANTE NETO, J. L. ; MIRANDA, C. T. Saúde mental materna e desnutrição crônica infantil: o papel do surporte social. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 991-1002, 2013.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64–79, dez. 2000.

CHENG, H. et al. Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. **European Journal of Oncology Nursing**, Edimburgo, v. 17, n. 6, p. 788–796, 2013.

CHOJENTA, C.; LOXTON, D.; LUCKE, J. How do previous mental health, social support, and stressful life events contribute to postnatal depression in a representative sample of Australian women?. **Journal of midwifery & women's health**, Nova Iorque, v. 57, n. 2, p. 145–50, 2012.

CHUEH, K. -H. et al. Association between psychosomatic symptoms and work stress among

[2] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Taiwan police officers. **The Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, Kaohsiung City, v. 27, n. 4, p. 144–149, 2011.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 98, n. 2, p. 310–357, 1985.

CORREA, A. A. M. et al. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157–164, jun. 2011.

CROSIER, T.; BUTTERWORTH, P.; RODGERS, B. Mental health problems among single and partnered mothers: The role of financial hardship and social support. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlim, v. 42, n. 1, p. 6–13, 2007.

CUNHA, M. C. V. et al. Infertilidade: associação com transtornos mentais comuns e a importância do apoio social. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 201–210, 2008.

DAS-MUNSHI, J. et al. Understanding the effect of ethnic density on mental health: multi-level investigation of survey data from England. **BMJ**, Londres, v. 341, p. c5367, out. 2010.

DUTT, K.; WEBBER, M. Access to social capital and social support among south east asian women with severe mental health problems: a cross-sectional survey. **International Journal of Social Psychiatry**, Londres, v. 56, n. 6, p. 593–605, nov. 2010.

ELGORRIAGA, E.; IBABE, I.; ARNOSO, A. Psychosocial adjustment of spanish emigrants and non-emigrants. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Nova Iorque, v. 131, p. 382–385, maio 2014.

ESPINOZA-TAPIA, R.; SILVA SEGOVIA, J. Cuerpos legítimos/ilegítimos: subjetivación de la masculinidad de hombrens jóvenes en el norte de Chile. **Prisma Social**, Madrid, v. 13, p. 173–216, 2015.

FAISAL-CURY, A. et al. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. **Maternal and Child Health Journal**, Nova Iorque, v. 17, n. 7, p. 1297–1303, 2013.

FENG, X.; ASTELL-BURT, T. What types of social interactions reduce the risk of psychological distress? Fixed effects longitudinal analysis of a cohort of 30,271 middle-to-older aged Australians. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdã, v. 204, p. 99-102, nov. 2016.

FERNANDEZ, A. et al. Is there a case for mental health promotion in the primary care setting? A systematic review. **Preventive medicine**, Baltimore, v. 76S, p. S5–S11, jul. 2015.

FIOROTTI, K. P. et al. Common mental disorders in medical students: prevalence and associated factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 17–23, 2010.

FONAGY, P. Introduction to Attachment Theory. In:_____. **Attachment theory and psychoanalysis**. New York: Karnac, 2010. cap. 1.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, 285-294, 2008.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petropolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150–156, jun. 2011.

FRISCH, J. U. et al. Making support work: the interplay between social support and social identity. **Journal of Experimental Social Psychology**, Nova Iorque, v. 55, p. 154–161, nov. 2014.

FRY-BOWERS, E. K. et al. The association of health literacy, social support, self-efficacy and interpersonal interactions with health care providers in low-income Latina mothers. **Journal of pediatric nursing**, Filadélfia, v. 29, n. 4, p. 309–20, jan. 2014.

GASTALDO, D. et al. **Body-Map storytelling as research**: methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 1 jul. 2017.

GAVIRIA, S. L.; ALARCÓN, R. D. Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. **Revista colombiana de psiquiatria**, Bogotá, v. 39, n. 2, p. 389–404, 2010.

GJESFJELD, C. D. et al. Economic stress, social support, and maternal depression: is social support deterioration occurring? **Social Work Research**, Oxford, v. 34, n. 3, p. 135–143, 1 set. 2010.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. New York, NY: US Tavistock/Routledge, 1992.

GOMES, V. F.; MIASSO, A. I.; MIGUEL, T. L. B. Common Mental Disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1203–1211, dez. 2013.

GONÇALVES, D. A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623–632, 2014.

GRANDES, G. et al. The burden of mental disorders in primary care. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, Paris, v. 26, n. 7, p. 428–35, out. 2011.

GRIFFITHS, R. et al. Building social capital with women in a socially disadvantaged community. **International Journal of Nursing Practice**, Carlton, v. 15, n. 3, p. 172–184, 2009.

GROVER, S. et al. Do the various categories of somatoform disorders differ from each other in symptom profile and psychological correlates. **International Journal of Social Psychiatry**, Londres, v. 61, n. 2, p. 148–156, 1 mar. 2015.

HÄMMIG, O. Health and well-being at work: the key role of supervisor support. **SSM - Population Health**, Londres, v. 3, p. 393–402, 2017.

HASSON-OHAYON, I. et al. Attachment style, social support and finding meaning among spouses of colorectal cancer patients: Gender differences. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 13, n. 3, p. 527–535, 8 jun. 2015.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. supl.2, p. 2–9, 2005.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística de gênero**. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-14,-15,-16,-17,57,-18,128&ind=4703>. Acesso em: 1 jul. 2017.

_____. **Indicadores Sociais Mínimos**. Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <ttp://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/default_minimos.shtm>. Acesso em: 1 jul. 2017.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010**: nupcialidade, fecundidade e imigração – resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, 2010. Disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/98/cd_2010_nupcialidade_fecundidade_migracao_amostra.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2017.

_____. **Ribeirão Preto**. Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama>. Acesso em: 1 jul. 2017.

JANI, J. S. Mental health, poverty, and agency in Managua, Nicaragua: a gendered perspective. **Social Work in Mental Health**, Londres, v. 8, n. 4, p. 356–374, jul. 2010.

JENKINS, R. et al. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 7, n. 6, p. 2543–2558, jun. 2010.

JIBEEN, T. Moderators of acculturative stress in pakistani immigrants: the role of personal and social resources. **International Journal of Intercultural Relations**, New Brunswick, v. 35, n. 5, p. 523–533, 2011.

KAMIMURA, A.; PAREKH, A.; OLSON, L. M. Health indicators, social support, and intimate partner violence among women utilizing services at a community organization. **Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, New York, v. 23, n. 3, p. e179-85, jan. 2013.

KANG, J. Pathways from social support to service use among caregivers at risk of child maltreatment. **Children and Youth Services Review**, Nova Iorque, v. 34, n. 5, p. 933–939,

2012.

KYRIAKAKIS, S. Mexican Immigrant Women Reaching Out. **Violence Against Women**, Ottawa, v. 20, n. 9, p. 1097–1116, set. 2014.

LEE, C.Y. S.; DIK, B. J. Associations among stress, gender, sources of social support, and health in emerging adults. **Stress and Health**, Chichester, out. 2016. doi: 10.1002/smi.2722.

LEECH, N. L.; ONWUEGBUZIE, A. J. A typology of mixed methods research designs. **Quality & Quantity**, Dordrecht, v. 43, n. 2, p. 265–275, 27 mar. 2007.

LIN, N.; COOK, K. S.; BURT, R. S. **Social capital: theory and research.** New Brunswick: Transaction Publishers, 2001.

LUDERMIR, A. B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, Nova Iorque, v. 66, n. 4, p. 1008–1018, 2008.

LUND, C. et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social science & medicine**, Nova Iorque, v. 71, n. 3, p. 517–28, ago. 2010.

MAIER, C. et al. Giving too much social support: social overload on social networking sites. **European Journal of Information Systems**, Birmingham, v. 24, n. 5, p. 447–464, 4 set. 2015.

MAINA, G. et al. Living with and teaching about HIV: engaging nursing students through body mapping. **Nurse education today**, Edimburgo, v. 34, n. 4, p. 643–7, abr. 2014.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 148, n. 1, p. 23–26, 1 jan. 1986.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675–681, out. 2002.

MCDOWELL, I. **Measuring health**: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford Universite Press, 2006.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: ARTMED, 1992.

MOLINA, Y. et al. Family/friend recommendations and mammography intentions: the roles of perceived mammography norms and support. **Health education research**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 797–809, out. 2015.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Socidade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072–1083, 2013.

NATAMBA, B. K. et al. The association between food insecurity and depressive symptoms

severity among pregnant women differs by social support category: a cross-sectional study. **Maternal & child nutrition**, Oxford, v. 13, n. 3, e12351, ago. 2016.

NATVIG, G. K. et al. School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. **Journal of School Health**, Columbus, v. 69, n. 9, p. 362–368, nov. 1999.

NAYBACK-BEEBE, A. M.; YODER, L. H. Social conflict versus social support: what is more influential in mental health symptom severity for female service members?. **Archives of psychiatric nursing**, Filadélfia, v. 25, n. 6, p. 469–78, dez. 2011.

NGUYEN, T. T. et al. Postpartum change in common mental disorders among rural vietnamese women: incidence, recovery and risk and protective factors. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 206, n. 2, p. 110–115, 2015.

NUNES, C. et al. Acontecimentos de vida estressantes e apoio social em família em risco psicossocial. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 2, p. 313–320, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID – 10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 1 jul. 2017.

PAFFER, A. T. DE et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mães do semi-árido de Alagoas e sua relação com o estado nutricional. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 130, n. 2, p. 84–91, 2012.

PARANJAPE, A.; KASLOW, N. family violence exposure and health outcomes among older african american women: do spirituality and social support play protective roles?. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v. 19, n. 10, p. 1899–1904, out. 2010.

PATEL, V. et al. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorders in women. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 63, n. 4, p. 404-413, set. 2006.

REED, E. et al. The relevance of social contexts and social action in reducing substance use and victimization among women participating in an HIV prevention intervention in Cape Town, South Africa. **Substance abuse and rehabilitation**, Auckland, v. 4, p. 55–64, jan. 2013.

ROBAINA, J. R. et al. Fatores psicossociais e socioeconômicos relacionados à insônia e menopausa: Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 597–606, 2015.

RODRIGUES, S. M. S.; ALMEIDA, S. DOS S. DE; RAMOS, E. M. L. S. Suporte familiar e transtornos mentais comuns em adolescentes grávidas. **Psicolia argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 91–100, 2011.

ROZA, D.L. **Padrões espaço-temporais da incidência da tuberculose em Ribeirão Preto, SP**: uso de um modelo bayesiano auto-regressivo condicional. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SAINT ARNAULT, D.; ROLES, D. J. Social networks and the maintenance of conformity: japanese sojourner women. **International journal of culture and mental health**, Abingdon, v. 5, n. 2, p. 77–93, 1 ago. 2012.

SAINT ARNAULT, D.; SHIMABUKURO, S. The clinical ethnographic interview: a user-friendly guide to the cultural formulation of distress and help seeking. **Transcultural psychiatry**, Londres, v. 49, n. 2, p. 302–22, abr. 2012.

SALINERO-FORT, M. A. et al. Common mental disorders in primary health care: differences between Latin American-born and Spanish-born residents in Madrid, Spain. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlim, v. 50, n. 3, p. 429–443, 2014a.

SALINERO-FORT, M. A. et al. Prevalence of common mental disorders in Latin American-born immigrants seen in Primary Health Care: differences over time. **Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**, Barcelona, v. 46, n. 5, p. 269–70, maio 2014b.

SANTINI, Z. I. et al. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. **Journal of affective disorders**, Amsterdã, v. 204, p. 59–69, nov. 2016.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. DE; OLIVEIRA, N. F. DE. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214–222, 2009.

SANTOS, L. M. et al. Measuring the level of social support using latent class analysis. **Social science research**, Nova Iorque, v. 50, p. 139–146, mar. 2015.

SARASON, I. G. et al. A brief measure of social support: practical and theoretical implications. **Journal of Social and Personal Relationships**, Londres, v. 4, n. 4, p. 497–510, 1 nov. 1987.

SARASON, I. G. et al. Assessing social support: the social support questionnaire. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 44, n. 1, p. 127–139, 1983.

SCHOLZ, U. et al. Associations between received social support and positive and negative affect: evidence for age differences from a daily-diary study. **European Journal of Ageing**, Berlim, v. 9, n. 4, p. 361–371, 27 dez. 2012.

SERRANO-BLANCO, A. et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Berlim, v. 45, n. 2, p. 201–10, fev. 2010.

SILVA, N. A. **Relações de trabalho, apoio social e condições de saúde mental**: um estudo sobre mulheres costureiras. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Revista Escola de Enfermagem**

USP, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50–58, 2016.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 3, p. 502–507, 2007.

SOUZA, H. J. **O pequeno oráculo**. 2 ed. São Lourenço: Editora Arabutã, 1995.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373–383, jun. 2009.

SOUZA, J. et al. Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 140-147, 2011.

SOUZA, J. et al. The role of social support for patients with mental disorders in primary care in brazil. **Issues in Mental Health Nursing**, Londres, v. 38, n. 5, p. 425–434, 4 maio 2017.

SOUZA, J. et al. Structure of the social support network of patients with severe and persistent psychiatric disorders in follow-ups to primary health care. **Archives of psychiatric nursing**, Filadélfia, v. 30, n. 1, p. 70–6, fev. 2016.

SPENCER, D. Managing psychosomatic symptoms. **The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter**, v. 32, Providence, n. 8, p. 5–7, ago. 2016.

STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, 2002.

VAUX, A. **Social support**: theory, research and intervention. New York: Prager, 1988.

WILLET, M. N. et al. Social-emotional support, life satisfaction, and mental health on reproductive age women's health utilization, US, 2009. **Maternal and child health journal**, New York, v. 16 Suppl 2, p. 203–12, dez. 2012.

ZIMMERMANN, T. et al. Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). **International Journal of Nursing Studies**, Nova Iorque, v. 63, p. 101–111, nov. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

1. Data de nascimento:_____/_____/_____

2. Como você se considera:

(A) Branco(a) (B) Pardo(a) (C) Preto(a)

(D) Amarelo(a) (E) Indígena.

3. Qual a sua religião?

(A) Católica (B) Protestante ou Evangélica

(C) Espírita. (D) Umbanda ou Candomblé

(E) Outra (F) Sem religião.

4. Qual seu estado civil?

(A) Solteiro(a) (B) Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a).

(C) Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a) (D) Viúvo(a).

5. Como você mora atualmente?

(A) Em casa ou apartamento, próprio.

(B) Em casa ou apartamento, alugada.

(C) Outra situação_____

Quem mora com você?

(Marque uma resposta para cada item.)

	Sim	Não
6. Moro sozinho(a)	(A)	(B)
7. Pai e/ou mãe	(A)	(B)
8. Esposo(a) / companheiro(a)	(A)	(B)
9. Filhos(as)	(A)	(B)
10. Irmãos(ãs)	(A)	(B)
11. Outros parentes, amigos(as) ou colegas	(A)	(B)
12. Outra situação	(A)	(B)

13. Quantas pessoas moram em sua casa? (Contando com você, seus pais, irmãos ou outras pessoas que moram em uma mesma casa) _____

14. Quantos(as) filhos(as) você tem? _____

15. Até quando você estudou?

(A) Não estudou.

(B) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).

(C) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).

(D) Ensino médio (antigo 2º grau) incompleto.

(E) Ensino médio completo.

(F) Ensino superior incompleto.

(G) Ensino superior completo.

(H) Pós-graduação.

(I) Não sei.

16. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar? (Considere a renda de todos que moram na sua casa.)

(A) Até 1 salário mínimo (até R$ 880,00 inclusive).

(B) De 1 a 2 salários mínimos (de R$ 880,00 até R$ 1.760,00 inclusive).

(C) De 2 a 5 salários mínimos (de R$ 1760,00 até R$ 4.400,00 inclusive).

(D) De 5 a 10 salários mínimos (de R$ 4.400,00 até R$ 8.800,00 inclusive).

(E) De 10 a 30 salários mínimos (de R$ 8.800,00 até R$ 26.400,00 inclusive).

(F) De 30 a 50 salários mínimos (de R$ 26.400,00 até R$ 44.000,00 inclusive).

(G) Mais de 50 salários mínimos (mais de R$ 44.000,00).

17. Situação de emprego

(A) trabalhando como empregado (B) trabalhando como autônomo

(C) desempregado (D) fazendo bicos

(E) outro_____

18. Qual a sua profissão?_____

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de Suporte Social – SSQ

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

1. Em cada questão você deverá responder as duas partes
2. Nenhuma questão deve ficar sem resposta
3. Na primeira parte de cada questão você deverá colocar as iniciais do nome ou nome de cada pessoa com quem você pode contar naquela situação – após as iniciais escreva quem essa pessoa é para você (amiga, marido, vizinha, etc)
4. Se você não possuir nenhuma pessoa para ajudá-lo na situação que a pergunta descreve, marque a opção: ( ) ninguém
5. Você pode escrever em relação às pessoas nos espaços que estão marcados para serem preenchidos (e não um número maior que os espaços disponíveis)
6. Pode - se repetir a mesma pessoa nas diferentes perguntas
7. Na segunda parte da questão você deverá marcar a opção que mais se aproxima do quanto você está satisfeita com o apoio das pessoas que você descreveu na primeira parte. Marque o grau de sua satisfação mesmo se você respondeu "ninguém"
8. Marcar apenas uma opção na parte "em que grau você fica satisfeito"
9. Exemplo:

Com quem você costuma sair?

P.M. marido L.M. filha I.J. vizinha C.F. amiga _____ _____ _____ _____ _____

Em que grau você fica satisfeito com essa companhia?

( )muito satisfeito ( )um pouco satisfeito

( ) razoavelmente satisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito

( ) um pouco satisfeito (X) muito insatisfeito

SSQ

1.Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo quando você precisa conversar?

( ) Ninguém

....

....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

2. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo se uma pessoa que você pensou que era bom(boa) amigo(amiga) insultou você e disse que não queria ver você novamente?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

3.Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

4. Quem você acha que poderia ajudar você se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

5.Com quem você poderia realmente contar para ajuda-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

6.Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar com o que diz?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

8.Com quem você realmente pode contar para distraí -lo de suas preocupações quando você se sente estressado?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

9. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda?

( ) Ninguém

.....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

10. Com quem você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedido do emprego ou fosse expulso da escola?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

11. Com quem você pode ser totalmente você mesma?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

13.Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?

( ) Ninguém

....

....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

15. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisa disso?

( ) Ninguém

....

....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

16. Quem você acha que a ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

( ) Ninguém

....

....

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

17. Com quem você realmente pode contar para ajuda-lo a ficar mais relaxado quando você está sob pressão ou tensa?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

18. Quem você acha poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

19.Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

20. Com quem você pode contar para preocupar – se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

21. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando você está muito bravo com alguém?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

23. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo a sentir – se melhor quando você está deprimido?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

24. Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

25. Com quem você pode realmente contar para consola-lo quando está muito contrariado?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

27.Com quem você pode contar para ajuda-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado e pronto para ficar bravo com qualquer coisa?

( ) Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

( ) muito satisfeito ( ) um pouco satisfeito ( ) razoavelmente satisfeito

( ) um pouco insatisfeito ( ) razoavelmente insatisfeito ( ) muito insatisfeito

---

ANEXO B – Self Report Questionnaire – SRQ 20

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

INSTRUÇÕES

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Você tem dores de cabeça frequente?	( ) SIM ( ) NÃO
2- Tem falta de apetite?	( ) SIM ( ) NÃO
3- Dorme mal?	( ) SIM ( ) NÃO
4- Assusta-se com facilidade?	( ) SIM ( ) NÃO
5- Tem tremores nas mãos?	( ) SIM ( ) NÃO
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	( ) SIM ( ) NÃO
7- Tem má digestão?	( ) SIM ( ) NÃO
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	( ) SIM ( ) NÃO
9- Tem se sentido triste ultimamente?	( ) SIM ( ) NÃO
10- Tem chorado mais do que costume?	( ) SIM ( ) NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	( ) SIM ( ) NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	( ) SIM ( ) NÃO
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa-sofrimento?)	( ) SIM ( ) NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	( ) SIM ( ) NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	( ) SIM ( ) NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	( ) SIM ( ) NÃO
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	( ) SIM ( ) NÃO
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	( ) SIM ( ) NÃO
19- Você se cansa com facilidade?	( ) SIM ( ) NÃO
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	( ) SIM ( ) NÃO

RESULTADO
Se o resultado for ≥ 8 (maior ou igual a oito respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – Projeto "Apoio Social e Autoestima de Mulheres"

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 186/2015, de 16.11.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 13 de novembro de 2015.

Protocolo CAAE: 00876012.2.0000.5393

Projeto: Rede de apoio social e autoestima de mulheres

Pesquisadores: Jacqueline de Souza

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Jacqueline de Souza
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – Projeto "Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde"

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde
Pesquisador: Loraine Vivian Gaino
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 51267015.0.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.444.679

Apresentação do Projeto:
Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:
Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Sem alterações.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Em resposta à pendência na aprovação de projeto submetido ao CEP, os pesquisadores explicam que o projeto menor "Rede de apoio social e transtornos mentais comuns entre mulheres atendidas na atenção primária à saúde" acontecerá concomitantemente ao projeto maior "Rede de apoio social e autoestima de mulheres". Ainda explica que o projeto maior (derivado) está em fase

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.444.679

de recrutamento dos participantes no novo local de estudo (Núcleo de Saúde da Família VI em Ribeirão Preto), porém afirma que os dados coletados serão coletados apenas após a aprovação do projeto menor, pois são concomitantes temporais; e destaca que o projeto menor não há coleta de nenhum dado além do existente no projeto maior. Explica sucintamente os instrumentos de coleta de dados sobre os aspectos demográficos: qualidade de vida (WHOQOL-breve), consumo de álcool e outras substâncias (ASSIST), transtornos mentais comuns (SRQ20), autoestima (escala de Rosenberg), e apoio social (SSQ), e dados qualitativos de mapas corporais (Body Mapping). No projeto menor, serão utilizados dados sobre transtorno mental comum, apoio social e mapas corporais que serão coletados no projeto maior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 207ª reunião ordinária do CEP EERP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_628745.pdf	03/03/2016 10:20:46		Aceito
Outros	scanner_0252_0001.pdf	03/03/2016 10:20:06	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Outros	Aprovacaoementa.pdf	23/11/2015 19:30:07	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Folha de Rosto	scanner_0095_0001.pdf	23/11/2015 19:28:34	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Outros	RedeApoioSocialAutoestimadeMulheres5.pdf	23/11/2015 10:18:15	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Outros	cartaoficioCEP.pdf	23/11/2015 10:16:59	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/11/2015 10:16:19	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/11/2015 10:16:10	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	23/11/2015 10:16:00	Loraine Vivian Gaino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOjac.pdf	23/11/2015 10:15:47	Loraine Vivian Gaino	Aceito
Outros	CSE_FMRP.pdf	17/11/2015	Loraine Vivian	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.444.679

Outros	CSE_FMRP.pdf	21:46:12	Gaino	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 09 de Março de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos apresentando à senhora este termo com informações sobre a pesquisa que será realizada a partir de maio/2012 caso queira e concorde em participar deste estudo chamado: "REDE DE APOIO SOCIAL E AUTOESTIMA DE MULHERES**".** Este estudo tem como objetivo investigar se ações de saúde voltadas para a autoestima de mulheres podem melhorar a percepção do apoio social e diminuir a percepção do estresse. Se a senhora autorizar, faremos algumas perguntas relacionadas à sua situação e hábitos de vida, pediremos que identifique algumas pessoas que são importantes no seu convívio e que responda algumas questões sobre situações de estresse nos últimos 30 dias. Nós realizaremos aproximadamente 1 encontro semanal com a senhora e mais 19 mulheres aproximadamente, durante 3 meses. Nestes encontros conversaremos sobre a vida das mulheres no dia-dia, aspectos relacionados à saúde, cuidado com o corpo, relações de amizade. Após cada um desses encontros pediremos à senhora que dê sua opinião sobre a qualidade das discussões e o quanto foram ou não proveitosas pra senhora. Após nosso último encontro que ocorrerá após 3 meses, nós pediremos que a senhora preencha um questionário sobre apoio social, um sobre estresse e um sobre autoestima. Após um mês do nosso último encontro eu entrarei novamente em contato com a senhora para preencher novamente estes mesmos questionários para fins de acompanhamento dos resultados. As informações que forem fornecidas serão utilizadas de modo sigiloso, ou seja, serão tratadas de forma respeitosa e seu nome não será exposto em nenhum dos relatórios da pesquisa. Sua participação nesta pesquisa contribuirá para melhoria das ações de saúde das mulheres. Os possíveis riscos a senhora são constrangimentos ou desconforto diante das questões dos questionários e escalas, assim como daquelas realizadas durante os encontros grupais. Ressaltamos também que a senhora tem direito à indenização caso ocorra algum dano recorrente da participação nessa pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases dessa pesquisa.

A entrevista poderá ser feita aqui no serviço ou em seu domicílio, conforme a senhora achar melhor e terá duração de, aproximadamente 1 hora, podendo haver um intervalo se assim você desejar. Os grupos serão realizados nesta unidade de saúde em datas e horários que serão informados com antecedência e terão duração de 1h20 aproximadamente. Acrescentamos que, em caso de dúvidas a senhora receberá os esclarecimentos necessários e mesmo aceitando participar e assinando este termo, você tem total liberdade de participar ou não do estudo, quando e se assim desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo no seu atendimento neste serviço.

Informamos ainda essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes da pesquisa e pode ser contatado de 2ª. a 6ª. feira na Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário, bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto/São Paulo, no telefone (16) 3315-3386, nos horários das 8 às 17 horas para o esclarecimento de dúvidas, sugestões ou reclamações.

Assim, havendo disponibilidade e interesse de sua parte em participar desta pesquisa, solicitamos que autorize e assine o consentimento abaixo; a senhora receberá uma via deste termo com os telefones necessários para o caso de dúvidas relacionadas ao estudo.

Fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa e dos questionários que serão utilizados na pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar deste estudo.

Fui informado (a) da garantia de: esclarecer qualquer dúvida sobre os procedimentos, ter livre acesso aos dados e resultados, liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato das informações que fornecerei, de indenização casso ocorra algum dano recorrente de participação na pesquisa. Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Data____/____/_____

_____
Nome do Participante

_____ _____
Assinatura do participante *Assinatura do entrevistador*

OBS.: qualquer dúvida sobre a pesquisa entre em contato com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Professora Jacqueline de Souza. Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto. CEP 14040-902 – São Paulo. Tel/Fax: (16) 3315.3477 ou 3315.4754